

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

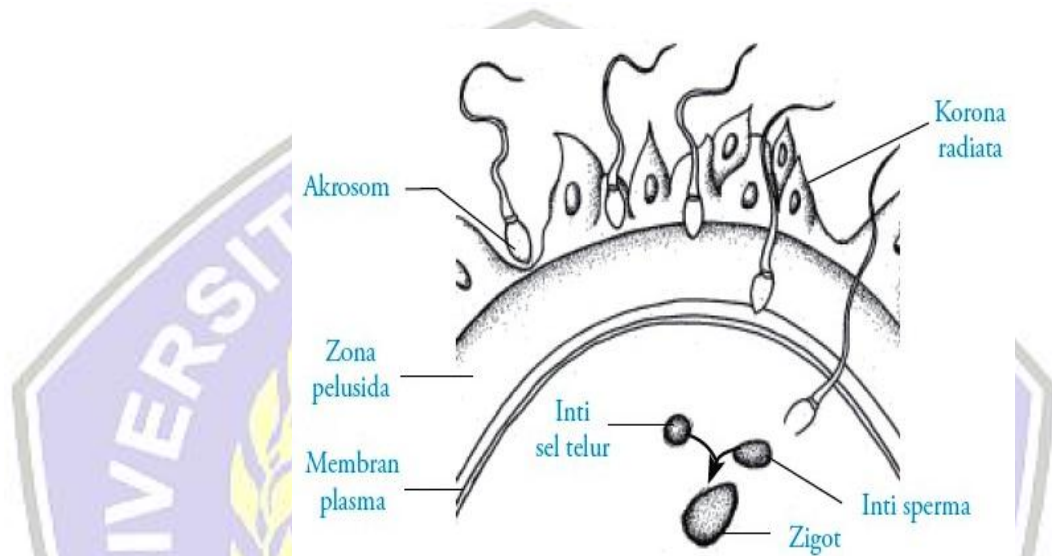
Menurut federasi obsteteri ginekologi internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2014:213).

B. Proses Kehamilan

1. Fertilisasi (pembuahan)

Penghamilan (fertilisasi) adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan antara sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampulla tuba. Syarat setiap kehamilan adalah harus ada: spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi hasil konsepsi. Dalam literatur istilah lain yang sering dipakai untuk fertilisasi adalah konsepsi, fecondasi atau pembuahan. Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi

pronukleus betina, sementara spermatozoa setelah melepaskan ekornya berubah menjadi *pronukleus* jantan. Kedua pronuklues ini akhirnya melebur ditengah-tengah sitolasma sel telur dan terjadilah zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk manusia (Kusmiyati dkk, 2013:38).



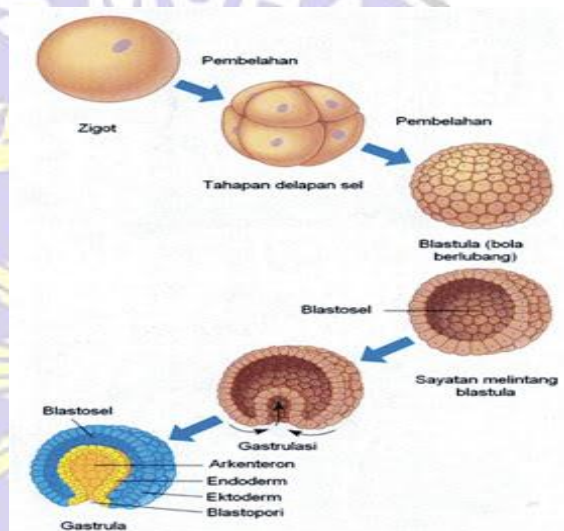
Gambar 2.1
Proses Fertilisasi Pada Kehamilan

Sumber : <http://www.nafiun.com/2012/12/proses-fertilisasi-gestasi-kehamilan-persalinan-manusia.html>

2. Pembelahan

Pembelahan dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Setelah pembelahan ini terjadi pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan dalam waktu 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula. Energi untuk pembelahan ini diperoleh dari vitelu,

hingga volume vitelus makin berkurang dan terisi seluruhnya oleh morula. Dengan demikian zona pelusida tetap utuh. Dalam ukuran yang sama hasil konsepsi disalurkan terus ke pars isthmika dan pars interstisialis tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan ke arah kavum uteri oleh arus serta getaran silia pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba (Prawirohardjo, 2014:142).



Gambar 2.2
Proses Pembelahan Zigot

Sumber : <http://farihsido.blogspot.com/2012/09/tahap-tahap-pembelahan-zigot.html>

3. Nidasi (implantasi)

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya/bersarangnya sel telur yang telah dibuahi (*fertilized egg*) ke dalam endometrium. Sel telur yang telah dibuahi (zigot) akan segera membelah diri membentuk bola padat yang terdiri atas sel-sel anak yang lebih

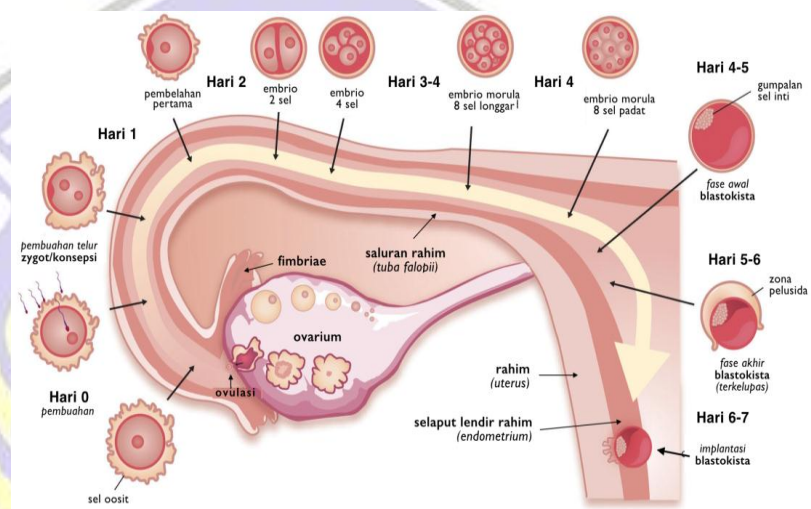
kecil yang disebut blastomer. Pada hari ke 3, bola tersebut terdiri atas 16 sel blastomer yang disebut morula. Pada hari ke 4 didalam bola tersebut mulai terbentuk rongga, bangunan ini disebut blastula. Dua stuktur penting di dalam blastula adalah :

- a) Lapisan luar yang disebut trofoblas, yang akan menjadi plasenta.
- b) Embrioblas (inner cell mass) ayng kelak akan menjadi janin.

Pada hari ke-4 blastula masuk ke dalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium. Pada hari ke-10 seluruh blastula (blastokis) sudah terbenam dalam endometrium dan dengan demikian nidasi sudah selesai. Nidasi terjadi mungkin karena trofoblast mempunyai daya untuk menghancurkan sel-sel endometrium. Hancuran endometrium dipergunakan sebagai bahan makanan oleh telur. Tempat nidasi biasanya pada dinding depan dan dinding belakang di daerah fundus uteri. Pembuluh darah endometrium pecah dan sebagaian wanita wanita akan mengalami perdarahan ringan akibat implantasi. Villi korion yang berbentuk seperti jari, terbentuk di luar trofoblas dan menyusup masuk ke dalam daerah yang mengandung banyak pembuluh darah dn mendapat oksigen dan gizi dari aliran darah ibu serta membuang karbondioksida dan produk sisa ke dalam darah

ibu. Setelah implantasi, endometrium disebut desidua. Desidua yang terdapat antara telur dan dinding rahim disebut desidua basalis. Bagian yang menutup blastosis atau desidua yang terdapat antara telur dan cavum uteri ialah desidua kapsularis dan bagian yang melapisi sisa uterus adalah desidua vera.

(Kusmiyati, 2013:39-40).



Gambar 2.3

Proses Implantasi atau Nidasi

Sumber: Witjaksono J. 2015. Peran Dan Fungsi Rahim Dalam Kehamilan Normal.

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrio

Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama *ekstoderm*, *endoderm*, serta *mesoderm*.

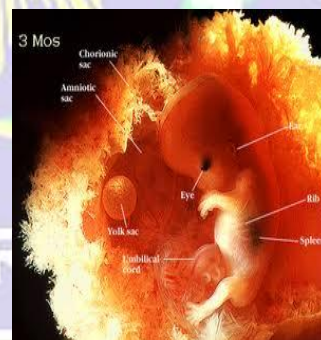
b. Masa embrio

Berlangsung sejak 2-6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis atau masa pembentukan organ.

c. Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu kedalam sampai dengan bayi lahir.

- 1) Minggu ke 12: panjang tubuh kira-kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genetalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.



Gambar 2.4

Janin Usia 12 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

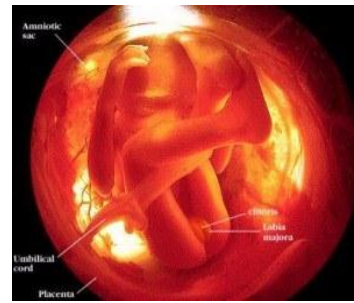
- 2) Minggu ke 16: panjang badan 16 cm, berat 100 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso drarah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.



Gambar 2.5
Janin Usia 16 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

- 3) Minggu ke 20: kepala sekarang tegak dan merupakan pengaruh panjang badan, gambaran wajah mulai nyata, telinga terletak pada tempatnya, kelopak mata, alis mata dan kuku telah sempurna kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan 18 minggu. traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7-17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.



Gambar 2.6
Janin Usia 20

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

- 4) Minggu ke-24: kulit sangat keriput karena terlalu sedikit lemak subkutan lanugo menjadi lebih gelap dan verniks kaseosa meningkat dari minggu ke 4 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespon stimulus rangsangan, misalnya bising yang keras dari luar.



Gambar 2.7
Janin Usia 20-24 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

- 5) Minggu ke-28: mata membuka alis mata dan bulu mata berkembang dengan baik, rambut menutupi

kepala, lebih banyak lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis mengalami penurunan dari abdomen ke skrotum pada minggu ke 28. Fetus yang lahir pada akhir masa ini masih mempunyai angka kematian karena gangguan respirasi (pernafasan).



Gambar 2.8

Janin Usia 28 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

- 6) Minggu ke- 32: lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus menurun.

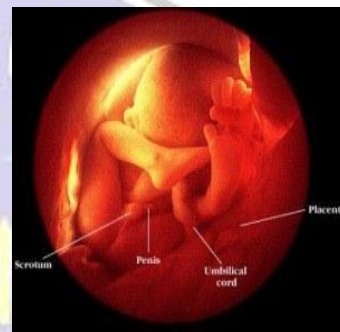


Gambar 2.9

Janin 32 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

- 7) Minggu ke-36: lanugo sebagian besar telah terkelupas tetapi kulit masih tertutup oleh verniks kaseosa, testis laki-laki sudah terdapat di skrotum, ovarium perempuan masih berada disekitar kavitas pelviks, kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari, umbilicus berada di pusat abdomen.



Gambar 2.10
Janin 36 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

- 8) Minggu ke-40: tulang tengkorak masih belum sempurna tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir, jaringan lemak cukup di subkutan dapat menambah berat badan fetus hampir 1kg tiap minggunya.



Gambar 2.11
Janin 40 Minggu

Sumber : <https://hometrendsbabyandkids.com/mt/week-9/>

- 9) Saat lahir: kebanyakan sistem pada bayi masih imatur tetapi fetus mampu bergerak, fetus dapat bergerak dan menangis kuat, fetus ingin minum ASI, fetus memperlihatkan respons terhadap rangsangan (stimulus) cahaya, suara dan rabaan (Marjati, dkk, 2010:39)

C. Tanda-Tanda Kehamilan

Tanda-tanda wanita hamil dibagi menjadi tiga yaitu tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti kehamilan (Manuaba, 2010:111)

1. Tanda dugaan kehamilan

a. Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de Graf* dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat

dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Marjati dkk, 2011:72)

b. Mual dan muntah

Pengaruh esterogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum (Marjati dkk, 2011 :72).

c. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Marjati dkk, 2011:73).

d. Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Marjati dkk, 2011:73).

e. Payudara tegang

Pengaruh hormon esterogen, progesteron, dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Marjati dkk, 2011:73).

f. Sering miksi (Sering BAK)

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang (Marjati dkk, 2011:74).

g. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (Marjati dkk, 2011 :74).

h. Pigmentasi kulit

Terdapat pigmentasi kulit di sekitar pipi (*cloasma gravidarum*). Pada dinding perut terdapat striae albican,

striae livide dan *linea nigra* semakin menghitam. Pada sekitar payudara terdapat hiperpigmentasi pada bagian areola mammae, puting susu makin menonjol (Marjati dkk, 2011:74).

i. Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi saat kehamilan (Marjati dkk, 2011:74).

j. Varices

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini menghilang setelah persalinan (Marjati dkk, 2011:74).

2. Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati, makin besar kemungkinan kehamilan.

Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu :

a) Pembesaran uterus

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah *isthimus* sedemikian lunaknya hingga kalau

diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan satunya pada dinding perut atas simpisis maka isthmus ini akan teraba seolah-olah corpus uteri terpisah dari serviks

(Hani dkk, 2011:74)

b) Tanda Hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut di atas simpisis, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus (Hani dkk, 2011:74).

c) Perubahan pada serviks

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras seperti meraba ujung hidung dalam kehamilan serviks teraba selunak bibir/ujung bawah daun telinga (Hani dkk, 2011:74).

d) Tanda Chadwick

Adanya *hipervaskularisasi* mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Warna porsio pun tampak livide, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen (Hani dkk, 2011:75).

e) Tanda *Piscaseck*

Uterus membesar kesalah satu jurusan, pada PD dapat diraba uterus membesar dan makin bundar bentuknya, kadang pembesaran tidak rata, tapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya (Hani dkk, 2011:75).

f) Kontraksi Braxton Hicks

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan (Hani dkk, 2011:75).

g) Reaksi kehamilan positif (tes HCG+)

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin (Hani dkk, 2011:74).

3. Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan adalah tanda-tanda yang memastikan bahwa wanita itu pasti hamil. Tanda-tanda pasti ini diketahui setelah wanita hamil 16 minggu atau lebih. Ditandai dengan :

a) Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia

kehamilan 16-20 minggu karena diusia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari haid pertama haid terakhir). Gerakan bayi yang dapat dirasakan ibu disebut dengan *quickening*, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan, tetapi hal ini sering dikelirukan dengan gerakan usus akibat perpindahan gas di dalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu. Fenomena bandul atau pantulan balik yang disebut dengan ballotement juga merupakan tanda adanya janin di dalam uterus (Romauli, 2011:96).

- b) Denyut jantung janin terlihat dan terdengar dengan bantuan alat

Djj dapat didengarkan pada umur kehamilan 17-18 minggu dengan stetoskop laenec, pada orang gemuk lebih lambat. Sementara menggunakan doppler sekitar minggu ke-12.

- c) Tanda yang pertama yang mengidentifikasi adanya kehamilan dengan pasti adalah gerakan janin. Adapun guna mengetahui tanda ini ibu bisa melakukan pemeriksaan USG ke dokter kandungan. Bahkan dokter kandungan atau bidan

dapat mengetahui gerakan untuk dapat menentukan kehamilan yang sehat. Jadi demikian, pemeriksaan USG bukan hanya digunakan untuk mengetahui jenis kelamin bayi saja namun juga kesehatan kehamilan ibu dengan lebih baik (Lalengga, 2013:76).

4. Tanda awal kehamilan

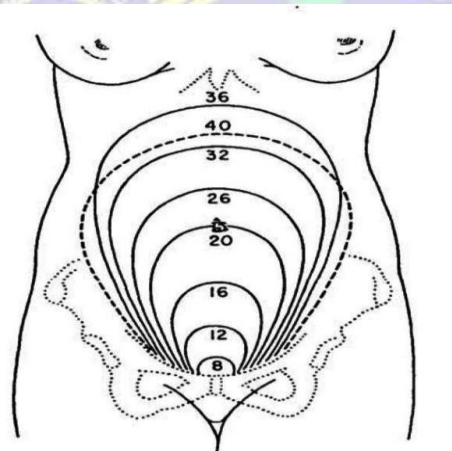
Setelah ejakulasi sel sperma yang mencapai saluran kelamin wanita harus melalui masa penyesuaian terlebih dahulu selama 7 jam yang berlangsung di dalam vagina. Membutuhkan waktu sekitar 10 jam bagi sperma untuk mencapai tuba fallopi namun hanya butuh waktu 20 menit untuk sel sperma membuahi sel telur. Pembuahan berlangsung selama 12-24 jam, dimulai ketika sel sperma memasuki sel telur dan berakhir dengan terbentuknya zigot (sel yang berkembang). Hasil utama dari pembuahan adalah kombinasi kromosom (materi genetik) dari kedua orang tua, penentuan jenis kelamin dan dimulainya pembelahan. *Pronukleus* sel sperma akan bergabung dengan pronokleus sel telur untuk mengkombinasikan materi genetik. Apabila sperma membawa kromosom Y, maka bayi ibu laki-laki sedangkan apabila sperma membawa kromosom X, maka bayi ibu perempuan. Dalam beberapa jam setelah sel telur dibuahi dimulailah pembelahan zigot (Menkes RI, 2014).

D. Perubahan Anatomis Dan Fisiologis Kehamilan

Menurut Saifuddin (2010:175-186) perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil adalah sebagai berikut :

1. Uterus

- a) Pada perempuan tidak hamil berat uterus 70g dengan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume air ketuban mencapai 5 sampai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g.



Gambar 2.12

TFU Menurut Umur Kehamilan

Sumber : <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>

tabel 2.1
tinggi fundus uteri kehamilan

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 minggu	Tiga jari diatas simfisis
20 minggu	Tiga jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoid
36 minggu	Setinggi prosesus xifoid
40 minggu	Dua jari dibawah prosesus xifoid

Sumber : kumalasari, 2015:04

- b) Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi oleh hormone esterogen dan sedikit hormone progesterone. Posisi plasenta juga dapat mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana bagian uterus mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata. Fenomena ini dikenal dengan tanda piscaseck
- c) Isthmus uteri pada minggu pertama mengadakan *hipertrofi* seperti korpus uteri yang mengakibatkan istmus menjadi lebih panjang dan lunak yag dikenal dengan tanda hegar.
- d) Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai

nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini disebut dengan kontraksi Braxton Hicks.

e) Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormone esterogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks mengandung lebih banyak jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar esterogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut dengan *tanda Goodell*. Selama minggu awal kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan odema dan kongesti panggul. Akibatnya uterus, serviks dan itmus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan yang disebut *tanda Chadwick* (Hani dkk, 2013:57)

f) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari

kemampuan *villi korealis* yang mengeluarkan hormone corionik gondotropin (Sulistyawati, 2012:61).

g) Vagina dan Vulva

Adanya pengaruh esterogen, terjadi hipervaskularasi pada vagina dan vulva sehingga bagian tersebut terlihat lebih merah dan kebiruan, kondisi ini disebut *tanda Chadwick* (Sulistyawati, 2012:61).

h) Payudara

Payudara terasa penuh, terasa geli, terasa berat dan peningkatan sensitivitas mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Sensitifitas bervariasi mulai dari timbul rasa geli ringan sampai nyeri yang tajam, puting susu dan aerola menjadi hiperpigmentasi, warna merah muda sekunder pada aerola, dan puting susu menjadi lebih erektile (Marmi, 2011:189).

i) Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodelusi*). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin didalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah

sehingga terjadi hemodelusi yang disertai dengan anemia fisiologis (Manuaba, 2010:94).

j) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna kemerahan, kusam dan kadang juga terdapat didaerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan strie gravidarum. Pada multipara selain strie juga sering ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dan strie sebelumnya. Pada perempuan kulit garis pertengahan perut (linea alba) akan berubah warna menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang atau jauh berkurang setelah persalinan (Saifuddin, 2010:98).

Strie gravidarum adalah garis yang terlihat pada kulit perut wanita hamil. Striae atau guratan, terjadi pada hampir 90% ibu hamil, guratan di perut ini terjadi akibat peregangan kulit sejalan dengan membesarnya rahim dan dinding perut.

Terdapat 2 macam striae gravidarum yaitu :

1. *Striae livide* adalah garis-garis yang warnanya biru pada kulit, karena merupakan striae yang masih baru dan strie ini pada ibu hamil primigravida

2. *Striae albican* adalah striae livide yang menjadi putih mengkilat dan meninggalkan bekas seperti parut/cicatrix, striae ini pada ibu hamil multigravida (Rukiyah,2009:68).

k) Sistem pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, dikarenakan pada wanita hamil terjadi perubahan sistem respirasi untuk memenuhi kebutuhan oksigen (O_2). Di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan pemenuhan kebutuhan O_2 wanita hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya (Sunarti, 2013:47).

l) Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal dapat terpengaruh oleh karena kehamilan. Penyebabnya adalah faktor hormonal dan mekanis. Tinggi kadar progesterone mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Menimbulkan gerak usus (peristaltic) makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi. konstipasi dapat disebabkan oleh menurunnya motilitas usus sehingga memerlukan waktu

lebih lama untuk menyerap, juga usus saling berdesakan akibat tekanan dari uterus yang membesar.

Pengaruh esterogen yang meningkat sehingga pengeluaran asam lambung meningkat dan dapat menyebabkan sekresi saliva meningkat, menjadi lebih asam dan menjadi lebih banyak, daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan pusing/sakit kepala terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness, terjadi muntah yang disebut emesis gravidarum. Muntah yang berlebihan sampai mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hyper emesis gravidarum (Sunarti, 2013:47).

m) Sistem Urinaria

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010:94).

n) Metabolisme

1. Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
2. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan

hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.

3. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5% g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.

4. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak, dan protein.

5. Kebutuhan zat mineral untuk ibu:

Kalsium 1,5 gram setiap hari, 30-40 gram untuk pembentukan tulang janin.

(a) fosfor, rata-rata 2 gram dalam sehari.

(b) zat besi, 800 mg atau 30-50 mg per hari.

(c) air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

6. Berat badan ibu hamil bertambah. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-16,5 kg selama kehamilan atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2010:94).

o) Sistem muskuloskeletal

Selama masa hamil wanita membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan-

makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies. Postur tubuh wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim.

Untuk mempertahankan keseimbangan tubuh sebagai kompensasi bahu tertarik ke belakang tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri punggung. Pada otot kering terjadi kram yang merupakan masalah umum pada wanita hamil penyebab belum diketahui mungkin terkait dengan metabolisme kalsium dan fosfor, kurangnya ekskresi sisa metabolisme otot atau postur yang tidak seimbang (Sunarti, 2013:49).

p) Sistem endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisi akan membesar $\pm 135\%$, akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasi pada plasma akan menurun (Saifuddin, 2010:102).

q) Sistem kardiovaskular

1. Hipertrofi (pembesaran) atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah curah jantung. Karena diafragma terdorong ke atas, jantung terangkat dan berotasi ke depan; Antara minggu ke-14 dan ke-20, denyut meningkat perlahan, mencapai 10 sampai 15 kali permenit, kemudian menetap sampai aterem.
2. Volume dan komposisi darah selama masa hamil terjadi percepatan produksi SDM (normal : $4-5,5 \text{ juta/mm}^3$). Presentasi kenaikan bergantung kepada jumlah besi yang tersedia. Masa SDM meingkat 30-33% pada kehamilan aterem, jika ibu mengkonsumsi suplemen zat besi, SDM hanya meingkat 17% pada beberapa wanita.
3. Terjadi gangguan sirkulasi darah akibat pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk dan vena cava inferior ketika berbaring ; peningkatan penyerapan kapiler. (Hani dkk,2011.51-68)

r) Berat badan dan IMT

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan menurut (Retno, 2017:87) adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini

berkaitan dengan risiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah.

Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh pre kehamilan, paratis, rasa etensitas, hipertensi, dan diabetes juga memengaruhi pola peningkatan berat badan maternal.

Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh pre kehamilan (Body Masa Index) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat.

Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil dan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.2
Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil
Berdasarkan IMT Sebelum Hamil

1.

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesitas (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber : (Retno, 2017:34).

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7-1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg.

Adapun perkiraan distribusi dari penambahan berat badan selama hamil sebagai berikut :

Tabel 2.3
 Penambahan Berat Badan Selama Hamil Pada Masing-
 Masing Komponen Tubuh

Komponen Tubuh	Penambahan Berat Badan
Jaringan Ekstrauterin	1kg
Janin	3-3,8 kg
Jaringan Amnion	1 kg
Plasenta	1-1,1 kg
Payudara	0,5-2 kg
Tambahan Darah	2-2,5 kg
Tambahan Cairan Jaringan	1,5-2,5 kg
Tambahan Jaringan Lemak	2-2,5 kg
Total	11,5-16 (rentan kenaikan BB selama hamil untuk ibu dengan IMT normal)

Sumber : (Retno, 2017:35).

E. Perubahan Psikologis Kehamilan

1. Trimester I

Setelah konsepsi kadar *hormone progesterone* dan *estrogen* dalam kehamilan akan meningkat. Hal ini akan menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan payudara membesar. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan. Pada trimester pertama seorang ibu akan mencari tau tanda-tanda untuk memastikan bahwa dirinya memang sedang hamil.

Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan diperhatikan. Hasrat untuk melakukan hubungan seksual pada trimester pertama ini mengalami penurunan libido selama periode ini. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai, namun dalam melakukan hubungan seksual sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, dan pembesaran payudara semua ini merupakan bagian normal dari proses kehamilan trimester satu.

2. Trimester II

Pada trimester II biasanya ibu akan merasa lebih sehat, stabil, dan kesanggupan mengatur diri lebih baik. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena kehamilan sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya dan mulai merasakan kehadiran bayinya.

3. Trimester III

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa dirinya aneh dan

jelek. Di samping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan. Pada trimester ini merupakan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahirannya bayinya, terkadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu.

Keadaan ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala persalinan. Sering kali ibu merasa khawatir atau takut jika bayi akan dilahirkan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Periode ini keluarga mulai menduga-duga jenis kelamin bayinya dan bahkan mulai mempersiapkan nama untuk bayinya.

(Vivian dkk, 2011:108-110).

F. Standar Kunjungan Antenatal

1. Timbang berat badan ukur berat badan

Penimbangan berat badan pada saat kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin, sedangkan pengukuran berat badan pada

pertama kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor resiko pada ibu hamil.

2. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmhg) pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan tungkai bawah, proteinuria (+)).

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester 1 untuk skrining ibu hamil berisiko KEK atau tidak.

4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan dilanjutkan setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksud untuk mengetahui letak janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya

setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Skrining status imunisasi TT dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) apabila diperlukan.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonaturum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi TT nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status TT ibu pada saat ini.

Tabel 2.4
Imunisasi Tetanus Toxoid

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	% (Perlindungan)
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 minggu setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	

Sumber : (Kusmiyati dkk, 2013:126)

7. Berikan tablet tambah darah (tablet FE)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemis (malaria, IMS, HIV/AIDS dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal yang meliputi :

- a) Pemeriksaan darah malaria
- b) Pemeriksaan golongan darah
- c) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)
- d) Pemeriksaan protein dalam urin
- e) Pemeriksaan tes sifilis
- f) Pemeriksaan HIV
- g) Pemeriksaan BTA

h) Tatalaksana /penanganan kasus

i) Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

(1) Kesehatan ibu

(2) Perilaku hidup sehat dan bersih

(3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

(4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

(5) Asupan gizi seimbang

(Visi Prima Twin Putranti, dkk. 2018:4-6).

G. Komplikasi Kehamilan

1. Perdarahan pervaginam

a) Abortus imminens

Sering juga disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat.

b) Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung)

Abortus insipiens terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukannya ostium uteri dan terabannya selaput ketuban.

c) Abortus habitualis (keguguran berulang)

Pasien termasuk dalam abortus tipe ini jika mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari tiga kali.

d) Abortus inkompletus (keguguran bersisa)

Tanda pasien dalam abortus tipe ini adalah jika terjadi perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang menyertai adalah amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bias banyak juga bias sedikit. Pada pemeriksaan dalam ditemukan ostium yang terbuka dan kadang masih teraba jaringan, serta ukuran uterus yang lebih kecil dari usi kehamilannya.

e) Abortus kompletus (keguguran lengkap)

Pada abortus jenis ini akan ditemukan pasien dengan perdarahan per vagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong (Sulistyawati, 2012:163).

2. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Pada plasenta previa perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya terjadi pada akhir trimester dua ke atas (Sulistyawati, 2012 : 155).

3. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Gejala dari solusio plasenta adalah terjadinya perdarahan yang berwarna tua keluar melalui vagina, rasa nyeri perut atau uterus tegang terus-menerus mirip seperti *his prematurus* (Yulifah, 2010 : 119).

4. Kehamilan Mola

Kehamilan anggur yaitu adanya jonjot korion (*Chorionic Villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan (Kusmiyati, 2009 :154).

5. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik ialah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding kavum uteri.

Hampir 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba uterina. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilan melebihi kapasitas ruang implantasi (Prawirohardjo, 2009:323).

6. Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah di masa kehamilan dengan frekuensi serta gejala yang cukup parah dari pada morning sickness. Pada tingkat ini sebaiknya ibu memeriksakan dirinya dengan gejala muntah yang berlebihan, keadaan lemas, sakit pada ulu hati, tidak mau makan, berat badan menurun, mata cekung dan kecepatan nadi meningkat (Siti bandiyah, 2009:45).

7. Sakit kepala yang berat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyaman yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia (Kusmiyati dkk, 2013:163).

8. Pengelihatan kabur

Ibu hamil juga kadang mengalami penglihatan kabur oleh karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan penglihatan ini mungkin di sertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala pre-eklamsi. (Sulistyawati, 2012:175).

9. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau bahkan pre-eklamsia (Kusmiyati dkk, 2013:164).

10. Keluar cairan per vagina

Ibu hamil harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban, jika cairan yang keluar tidak teras, berbau amis, dan berwarna putih keruh berarti ini merupakan air ketuban. Jika hal ini terjadi pada kehamilan belum cukup bulan hal ini merupakan pertanda adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum (Sulistyawati, 2012:175).

11. Gerakan janin tidak terasa

Normalnya ibu hamil mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau bulan ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinnya lebih awal. Jika bayi tidur

gerakannya akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat, dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Kusmiyati dkk, 2013:165).

12. Nyeri perut yang hebat

Sebelumnya ibu hamil harus bisa membedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan hal seperti pada persalinan. Pada kehamilan jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu semakin lama semakin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, ibu hamil harus waspada kemungkinan terjadi solusio plasenta (Sulistyawati, 2012:176).

13. Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi yang terjadi lebih dari 3 hari dapat merupakan tanda gejala dari infeksi. Penanganan demam antara lain dengan istirahat berbaring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Lalengga, 2013:15).

H. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Kebutuhan dasar pada ibu hamil secara garis besar antara lain sebagai berikut :

1. Nutrisi

a) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu penting untuk ibu hamil sebagai pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll).

Bagi wanita hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kgBB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap (Kusmiyati dkk, 2013:105).

b) Kalori (energi)

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pertumbuhan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu kalori juga dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme jaringan baru.

Tubuh ibu hamil memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut berarti setiap harinya ibu hamil membutuhkan sekitar 300 kalori tambahan (Gusti Ayu dkk, 2016:15)

c) Asam folat

Asam folat merupakan vitamin B yang memegang peranan penting untuk perkembangan embrio. Asam folat diperlukan oleh tubuh untuk membentuk *tenidin* yang menjadi komponen DNA. Selain itu, asam folat juga dapat meningkatkan *eritopoiesis* (produksi sel darah merah). Kekurangan asam folat juga dapat menyebabkan kelahiran tidak cukup bulan (*premature*), bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pertumbuhan janin yang tidak optimal. Konsumsi asam folat 400 µ foalt disarankan untuk ibu hamil, asam folat juga dapat didapatkan dari suplementasi asam folat, sayuran berwarna hijau, jus jeruk, buncis, kacang-kacangan, dan roti gandum (Gusti Ayu, 2016:16)

d) Zat besi

Anemia sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi, oleh karena itu perlu ditekankan kepada ibu hamil untuk mengonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan. Kebutuhan zat besi selama kehamilan meningkat sebesar 300% atau 1.040 mg selama hamil dan

peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu hamil selama hamil melainkan juga harus ditunjang dengan suplemen zat besi.

Pemantauan konsumsi zat besi juga diikuti dengan pemantauan cara minum yang benar karena hal ini dapat mempengaruhi efektivitas penyerapan zat besi. Vitamin C dan protein hewani merupakan elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi, sedangkan kopi, teh, garam kalsium, magnesium dan fitat (terkandung kacang-kacangan) akan menghambat penyerapan zat besi.

(Sulistyawati, 2012:108).

e) Kalsium

Metabolisme kalsium selama kehamilan mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun sebanyak 5%. Oleh karena itu asupan yang optimal perlu dipertimbangkan. Sumber utama kalsium adalah susu, udang, sarang burung, sarden dalam kaleng, dan beberapa makan nabati, seperti sayuran warna hijau tua dan lain-lain (Sulistyawati, 2012:109).

Tabel 2.5
Kecukupan gizi ibu hamil

Zat gizi	Kebutuhan penambahan untuk ibu hamil	Contoh jenis makanan
Energy	285 kkal	Nasi, roti, ubi, jagung, kentang, tepung dll.
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, tahu, tempe.
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijau dan kuning kemerahan
Kalsium	500 mg	Susu, ikan teri, sayuran hijau dan kacang-kacangan.
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging.
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang
Nitاسان	1 mg	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan.
Zat besi	10 mg	Sayuran, buah-buahan
Vitamin C	30 mg	Daging. Hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun katuk.

Sumber : (Kusmiyati dkk, 2013:87).

2. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen semua manusia sama yaitu udara yang bersih, tidak kotor atau polusi udara, tidak bau dan lain-lain. Pada prinsipnya hindari ruangan atau tempat yang dipengaruhi polusi udara (Ika Pantikawati dkk, 2010:89).

3. Personal hygiene

Ibu hamil harus melakukan gerakan membersihkan alat genetalia dari depan ke belakang ketika selesai berkemih atau defekasi dan harus menggunakan tisu atau kain bersih yang lembut, menyerap air, dan tidak mengandung parfum, mengelap dengan tisu dari depan ke belakang. Ibu hamil harus lebih sering mengganti celana dalam.

Bakteri dapat berkembang biak pada celana yang kotor. Bahan celana dalam sebaiknya terbuat dari bahan katun. Sebaiknya ibu hamil tidak menggunakan celana ketat dalam jangka waktu lama karena dapat menyebabkan panas dan kelembaban vagina meningkat sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri (Gusti Ayu, dkk. 2016:23).

4. Pakaian

Pakaian ibu hamil harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher karena dapat menghambat sirkulasi, pakaian BH yang menyokong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu. Tidak memakai sepatu dengan tumit yang terlalu tinggi dan pakaian dalam harus selalu bersih

(Ika Pantikawati, dkk. 2010:92).

5. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang persalinan. Coitus tidak dibenarkan apabila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus atau partus prematurus imminens, ketuban pecah, serviks telah membuka. Posisi senggama wanita diatas, sisi dengan sisi, dapat menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis (Kusmiyati, dkk. 2013:107).

6. Istirahat dan tidur

Pada saat hamil, ibu hamil akan merasa letih pada beberapa minggu awal kehamilan atau beberapa minggu terakhir ketika ibu hamil menanggung beban berat yang bertambah. Oleh sebab itu, ibu hamil memerlukan istirahat dan tidur semakin banyak dan sering. Istirahat merupakan keadaan yang tenang, relaks tanpa tekanan emosional, dan bebas dari kegelisahan.

Ibu hamil memerlukan istirahat kurang lebih 2 jam pada siang hari dengan kaki ditempatkan lebih tinggi dari tubuhnya, sedangkan untuk malam hari selama kurang lebih 8 jam

(Gusti Ayu, dkk. 2016:28).

7. Mobilitas body mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat.

Secara anatomi, *ligamen* sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran Rahim pada ruang *abdomen*. Nyeri pada *ligamen* terjadi karena pelebaran dan tekanan pada *ligamen* karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada *ligamen* merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. (Kusmiyanti, dkk, 2013-108).

8. Senam hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (*Prenatal Care*). Senam hamil akan memberikan suatu hasil produk kehamilan *outcome* persalinan yang lebih baik, dibandingkan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil didalam *prenatal care* dilaporkan akan menaikkan dan mengurangi terjadinya berat badan bayi lahir rendah, serta mengurangi terjadinya persalinan premature. Secara keseluruhan senam hamil akan berdampak sebagai suatu kenaikan kesehatan wanita hamil itu sendiri menjadi lebih baik lagi (Sunarsih, 2011:129).

9. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Sulistyawati, 2012:102)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2010:04)

B. Bentuk-Bentuk Persalinan

a. Ada beberapa bentuk persalinan antara lain :

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung menggunakan tenaga sendiri (Rohani dkk, 2011:03).

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah persalinan yang berlangsung dengan rangsangan sehingga ibu mendapat kekuatan untuk menjalani persalinan (Bandiyah, 2009:84).

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsangan

(Sulistyawati,2010:35)

b. Persalinan menurut umur kehamilan menurut (Mochtar, 2012:64) adalah sebagai berikut :

- 1) *Abortus* : pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu.
- 2) *Partus Immaturus* : partus dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 20 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram.
- 3) *Partus Prematurus* : kelahiran hidup bayi dengan berat antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu.
- 4) *Partus Maturus* atau *Aterm* : persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram.
- 5) *Partus Postmaturus* atau *Postterm* : persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir.

C. Sebab-Sebab Persalinan

Ada beberapa sebab terjadinya persalinan antara lain :

1. Teori penurunan kadar hormon *progesteron*

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon *esterogen* meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan,

terdapat keseimbangan antara progesterone dan *esterogen* yang berada di dalam darah.

Progesterone menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah eskpulsi fetus. Sebaliknya, esterogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesterone maupun esterogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan.

Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi esterogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

2. Teori oksitosin

Menjelang proses persalinan maka terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam ototrahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan dapat menimbulkan kontraksi, di duga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

3. Teori protagladin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah sebab terjadinya permulaan persalinan. Hal ini juga di dukung

dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

4. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar esterogen dan progesterone turun. Hal ini juga dapat mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan dapat menimbulkan kontraksi.

5. Distensi rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena terdapat urin, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbulah kontraksi atau his.

6. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus franker hauser*). Bila ganglion ini di geser dan ditekan, misalnya dengan kepala janin maka akan timbul kontraksi.

7. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin *anencephalus* kehamilan lebih lama dari biasanya (Mutmainnah dkk, 2017:5-6)

D. Tahapan Persalinan

1. Kala I

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan untuk multigravida berlangsung sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Kala I (pembukaan) di bagi menjadi dua fase, yakni:

a) Fase laten

Pembukaan serviks berlangsung lambat, pembukaan serviks mulai 0-3 cm ini berlangsung dalam waktu 7-8 jam.

b) Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan di bagi menjadi tiga subfase yaitu :

(1) Periode akselerasi: berlangsung dalam waktu 2 jam, pembukaan ini menjadi 4 cm.

(2) Periode dilatasi maksimal (*steady*): berlangsung dalam waktu 2 jam, pembukaan ini berlangsung cepat menjadi 9 cm.

- (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Sulistyawati, 2009:198)

Tabel 2.6
Diagnosa Kala dan Fase Persalinan

Gejala Dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Servik berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Aktif
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (Nonek pilsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Bagian terbawa telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Aktif (Ekspulsif)

Sumber : Sulistyawati, 2009:198

2. Kala II

Kala II atau disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II ini adalah :

- a) Kontraksi atau his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan sejarah mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser mengalami tekanan.
- d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perenium.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:

- (a) Kepala dipegang pada occiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.

(b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.

(c) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.

(Sumarah,dkk.2009 :68).

Tabel 2.7

Raterasi Durasi Kala Satu Dan Kala Dua Persalinan

	Tanpa Konduksi Anestesi		Konduksi Anestesi	
	Kala Satu (jam)	Kala Dua (Menit)	Kala Satu (Jam)	Kala Dua (Menit)
Rerata nulipara	8.1	54	10,2	79
Rerata multipara	5.7	19	7,4	45

Sumber : Varney. 2008: 311

3. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 menit sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas dari lapisan nitabisch karena sifat retraksi otot rahim.

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tandanya seperti:

- a) Uterus bundar dan keras
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat semakin bertambah panjang
- d) Terjadinya perdarahan

Menurut (Manuaba dkk, 2010: 174), Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

a) Metode schulze

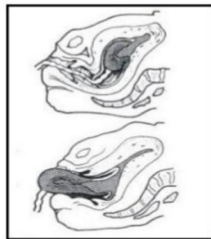
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta mulai muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan

b) Metode Matthews Duncan

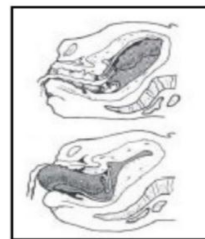
Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Pada

metode *Matthews Duncan* ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schutzle. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah di dalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen (Marmi, 2016:257)

Schultze



Duncan



Gambar 2.13

Mekanisme pelepasan plasenta

Sumber: <https://dokumen.tips/documents/pengeluaran-dan-Pelepasan-plasenta-duncan-dan-schultze.html>

4. Kala IV

Kala IV yang dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada waktu 2 jam pertama postpartum. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:

- a) Evaluasi uterus
- b) Pemeriksaan dan evaluasi serviks, vagina, dan perenium
- c) Pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput, dan tali pusat
- d) Penjahitan kembali luka episiotomy dan laserasi (jika ada)
- e) Pemantauan dan evaluasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, lokea, perdarahan dan kandung kemih.

(Mutmainnah dkk, 2017:7-12)

E. Tanda Permulaan Persalinan

1. Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul (PAP). Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu: power (his), passage (jalan lahir), dan passanger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

- 2. Perasaan sering atau susah buang air kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 3. Perasaan sakit di perut oleh adanya kontraksi. Kontraksi yang lemah di uterus yang biasanya di sebut dengan “*traise labor pains*”.

4. Serviks menjadi lebih lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bercampur darah atau di sebut “*blloody show*” (Rukiyah, dkk. 2012:56).

F. Tanda Masuknya Persalinan

1. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba yang menimbulkan rasa nyeri perut dan dapat menimbulkan pembukaan serviks. Karakter dari his persalinan ini adalah pinggang yang terasa sakit sampai menjalar ke depan, selain itu sifat his teratur yakni interval his semakin pendek, kuat dan semakin besar, terjadinya pembukaan pada serviks, jika pasien menambah aktivitasnya misalnya dengan berjalan-jalan atau jongkok maka kekuatan his akan bertambah.

2. Pengeluaran lendir dan darah.

Dengan adanya his persalinan maka akan terjadi perubahan pada serviks yang dapat menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks, pembukaan ini menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas sehingga terjadilah perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3. Pengeluaran cairan

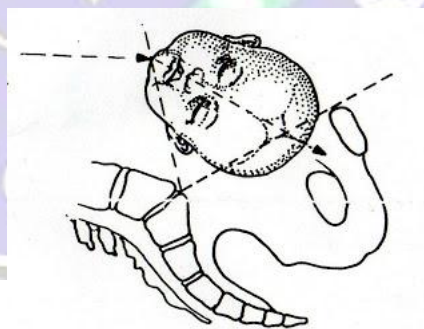
Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan akan berlangsung dalam waktu 24 jam. Namun jika

tidak tercapai, maka persalinan akhirnya akan diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vacuum atau section caesaria (Sulistyawati, dkk.2010:6-7).

G. Mekanisme Persalinan

1. Engagement

Pada minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan akan dimulai kepala masuk melewati pintu atas panggul (PAP), umumnya dengan pesentase biparental (dengan diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5 – 9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Kepala masuk pintu atas panggul (PAP) dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (*sinklitismus*) atau miring membentuk sudut dengan pintu atas panggul (*asinklitismus anterior atau posterior*).

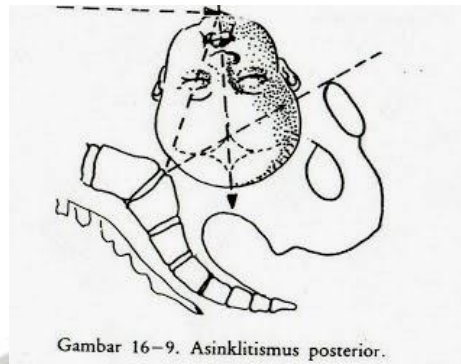


Gambar 13-8. Asinklitismus anterior.

Gambar 2.14

Asinklitismus Anterior

Sumber : <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>



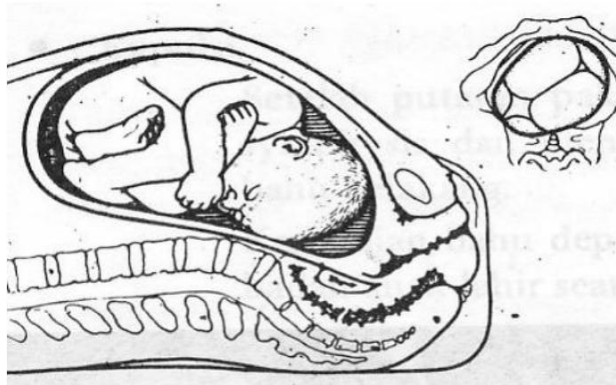
Gambar 2.15
Asinklitismus Posterior

Sumber : <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>



Gambar 2.16
Sinklitismus

Sumber: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>

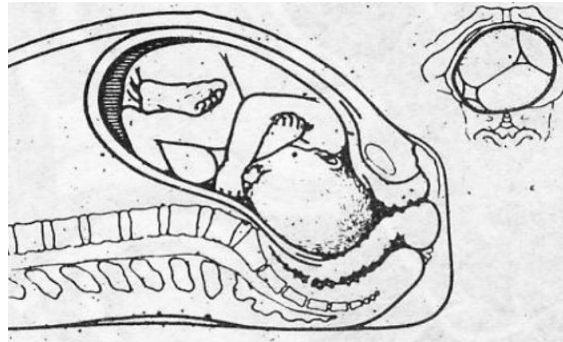


Gambar 2.17
Engagement

Sumber: [https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak Kehamilan Dan Persalinan Terhadap Dasar Panggul.pdf](https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak_Kehamilan_Dan_Persalinan_Terhadap_Dasar_Panggul.pdf)

2. Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul akibat dari tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong selain itu tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang. (Dwi Asri H, 2012:15).

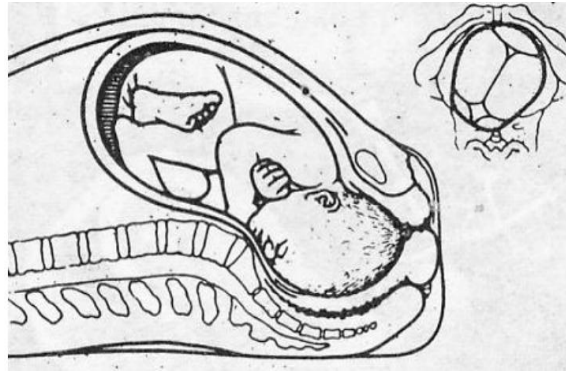


Gambar 2.18
Descent

Sumber: <https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak Kehamilan Dan Persalinan Terhadap Dasar Panggul.pdf>

3. Flexion

Pada umumnya terjadi flexi penuh sehingga sumbu panjang kepala sejajar dengan sumbu panggul yang dapat membantu penurunan kepala selanjutnya. Kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Fleksi ini terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

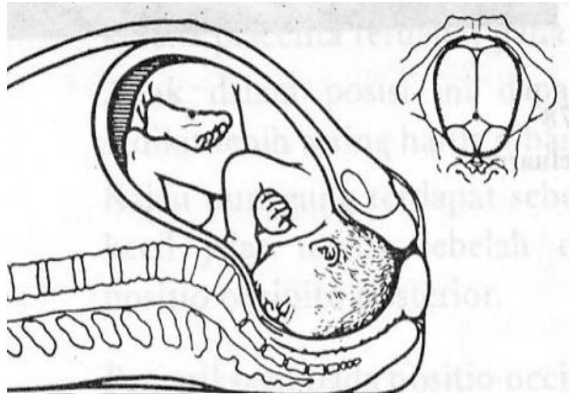


Gambar 2.19
Fleksi

Sumber: https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak_Kehamilan_Dan_Persalinan_Terhadap_Dasar_Panggul.pdf

4. Internal rotation

Rotasi internal (putaran paksi dalam), selalu disertai dengan turunya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan oleh adanya his selaku tenaga, dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Pemutaran bagian depan bayi sehingga bagian terendah memutar ke depan bawah simfisis. Hal ini mutlak terjadi karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir dan selalu bersamaan dengan majunya kepala.

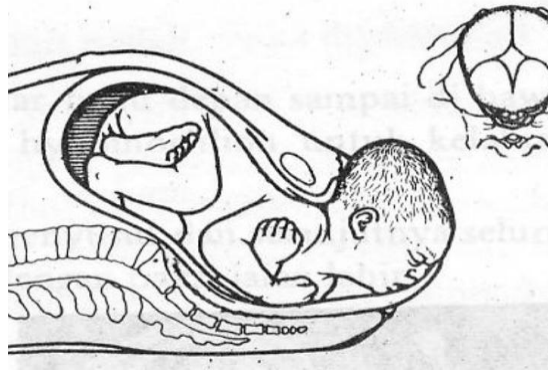


Gambar 2.20
Putaran Paksi Dalam

Sumber: https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak_Kehamilan_Dan_Persalinan_Terhadap_Dasar_Panggul.pdf

3. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai dasar panggul terjadilah ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultantenya adalah kekuatan kearah depan. Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perenium ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. (Marmi, 2016: 189)

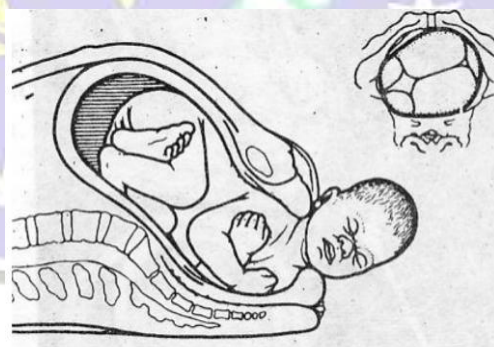


Gambar 2.21
Ekstensi

Sumber: https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak_Kehamilan_Dan_Persalinan_Terhadap_Dasar_Panggul.pdf

5. External rotation (restitution)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai (Dwi Asri H, 2012:18).

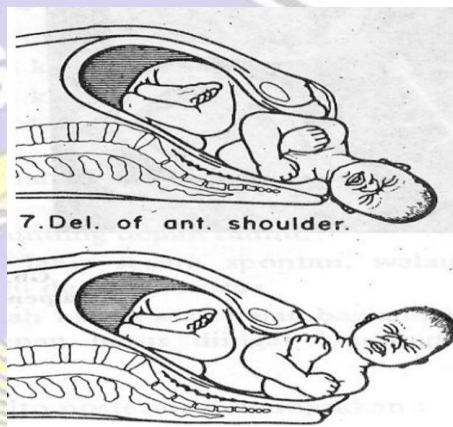


Gambar 2.22
Putaran Paksi Luar

Sumber: https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak_Kehamilan_Dan_Persalinan_Terhadap_Dasar_Panggul.pdf

6. ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi *hypomochlio* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan paksi jalan lahir. (Marmi, 2016: 189)



Gambar 2.23
Ekspulsi

Sumber: https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/Dampak_Kehamilan_Dan_Persalinan_Terhadap_Dasar_Panggul.pdf

H. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1. Menjaga kebersihan diri

Ibu dianjurkan untuk membasuh sekitar kemaluannya setelah buang air kecil atau buang air besar, selain menjaga daerah kemaluan tetap bersih dan kering. Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi. Akumulasi antara darah haid (*bloody show*), keringat, cairan amnion (larutan untuk pemeriksaan vagina),

dan feses dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada ibu bersalin. Mandi di bak atau di shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan santai. Ibu dapat merasa sehat, tetapi bila fasilitasnya tidak memungkinkan, mandi atau membersihkan ibu di tempat tidur dapat menyegarkan ibu (Mutmainnah,dkk. 2017:67).

2. Berendam

Air telah dihubungkan dengan perasaan “sejahtera” selama berabad-abad yang lalu. Ketertarikan terhadap air sebagai medium persalinan dan kelahiran bayi kini telah berkembang. Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala I persalinan dan beberapa ibu memilih untuk melahirkan di dalam air. Beberapa ibu telah merasakan betapa rileksnya mereka selama berada dalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan. Bak yang disiapkan harus cukup dalam menampung air sehingga ketinggian air dapat menutupi abdomen ibu bersalin. Hal ini merupakan bentuk hidroterapi dan berdampak pada rasa “gembira” pada ibu. Selain itu, rasa tidak nyaman dapat mereda dan kontraksin dapat dihasilkan selama ibu berendam (Sulistyawati, 2010:41)

3. Perawatan mulut

Selama proses persalinan, mulut ibu biasanya mengeluarkan nafas yang tidak sedap, bibir kering, dan pecah-pecah, disertai tenggorokan kering. Hal ini dapat dialami ibu terutama beberapa jam selama menjalani persalinan tanpa cairan oral dan perawatan mulut. Kondisi tersebut juga dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang sekitarnya (Sulistyawati, 2010:42)

4. Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada ruang persalinan dengan control suhu terbaikpun, mereka mengeluh berkeringat pada saat tertentu. Apabila tempat persalinan tidak menyediakan pendingin ruangan, hal ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan sangat menyengsarakan ibu bersalin. Oleh karena itu, gunakan kipas atau dapat juga bila tidak ada kipas, kertas atau lap dapat digunakan sebagai pengganti kipas (Sulistyawati, 2010:43)

5. Kehadiran pendamping

Dukungan fisik dan emosional dapat membawa dampak positif bagi ibu bersalin. Beberapa tindakan perawatan yang bersifat suportif tersebut dapat berupa menggosok-gosok punggung ibu atau memegang tangannya, mempertahankan

kontak mata, ditemani oleh orang-orang yang ramah dan menyakinkan ibu bersalin bahwa mereka tidak akan meninggalkannya sendiri (Jannah, 2014:39-42).

6. Makanan dan minuman

Sebagai peraturan khusus, makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada cairan, dan pencernaan menjadi sangat lambat selama persalinan. Pada saat bersamaan kombinasi dari sters persalinan, kontraksi, dan obat-obatan tertentu mungkin akan menyebabkan mual. Bersamaan dengan faktor ini, lambung yang penuh dan mual dapat menyebabkan muntah sehingga berisiko aspirasi dan pertikel-pertikel makanan masuk kedalam paru-paru. Selain itu, cairan sangat penting untuk mencegah dehidrasi. Banyak dokter menganjurkan pasien minum air putih sepanjang proses persalinan. Bila pasien mengalami mual, maka larutan ringer laktat 5% secara intervena dianjurkan untuk diberikan.

(Jenny J.S, 2013:13).

7. Kontrol rasa nyeri

Rasa sakit selama persalinan disebabkan olehh emosional, tekanan pada ujung saraf, regangan pada jaringan dan persendian, serta hipoksia otot uterus selama dan setelah kontraksi yang panjang. Disproporsional sepelopelvis dan

penyebab lain yang menyulitkan kelahiran (distosia) dapat meningkatkan rasa sakit. Metode persalinan secara alami dirancang untuk mengurangi ketakutan dan mengontrol rasa sakit yang berhubungan saat persalinan. Menggunakan latihan peregangan otot dan teknik relaksasi merupakan metode untuk menyiapkan ibu untuk melahirkan. Teknik relaksasi digunakan untuk menghambat untuk membantu memberikan rasa nyaman pada ibu (Jenny J.S, 2013:15-16).

8. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya sehingga ia mampu mengambil keputusan dan ibu juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal. Kita hendaknya menyadari bahwa kata-kata mempunyai pengaruh yang sangat kuat, baik positif pada tubunya, seperti :

a) Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan.

Wanita yang telah siap mempunyai anak biasanya mengetahui proses-proses persalinan dan merasa ingin diinformasikan mengenai perkembangannya, sedangkan pada ibu yang belum siap biasanya mereka ingin mengetahui apa saja yang sedang terjadi dalam tubunya

b) penjelasan semua hasil pemeriksaan penjelasan

Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan akan mengurangi kebingungan pada ibu. Ingat bahwa setiap tindakan yang akan kita lakukan harus memperoleh persetujuan.

c) pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut

d) penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif. ibu bersalin harus menyadari bahwa prosedur dan keterbatasan prosedur merupakan salah satu hal yang ibu perlukan dan akan membantunya (Kuswanti dkk, 2017:45).

I. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Bersalin

1. Uterus.

Pada waktu hamil dapat terjadi perubahan besar pada otot rahim, yang mengalami pembesaran ukuran karena pembesaran selnya (*hipertrofi*) dan pembesaran ukuran karena penambahan jumlah sel (*hyperslasia*). Berat rahim menjadi 1 kg, yang semula hanya 30 gram. Setelah persalinan terjadi proses sebaliknya yang disebut “invulasi” (kembalinya rahim ke ukuran semula) dimana secara berangsur otot rahim mengecil kembali, sampai berat semula pada minggu ke 7 (42 hari). Tempat plasenta segera tertutup epitel sebagai proses

penyembuhan, sehingga tidak terjadi sumber perdarahan dan tempat masuknya infeksi. Liang senggama yang menegang Karena proses persalinan akan mengecil, sehingga seminggu setelah persalinan hanya dapat dilalui satu jari.

(Bandiyah, 2009:107-108)

2. Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (kenaikan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolic 5-10 mmHg). Tekanan darah di antara kontraksi kembali normal seperti sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas dapat juga meningkatkan tekanan darah pada saat persalinan

(Jannah, 2014:53).

3. Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme tersebut di tandai dengan peningkatan suhu tubuh, nadi, pernafasan, curah jantung, dan kehilangan cairan (Jannah, 2014:54).

4. Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi telentang, yang mempunyai efek

mengurangi aliran urine selama kehamilan. Kandung kemih harus sering dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urine setelah melahirkan. Protein urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau pada kasus preeklamsia.

(Kuswanti dkk, 2017:49).

5. Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastric serta penyerapan makanan padat berkurang, yang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum semauanya untuk mempertahankan energi dan dehidrasi.

(Kuswanti dkk, 2017:49).

J. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

1. Pasangger

janin dan plasenta. Pasangger atau bisa disebut janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat dari interaksi beberapa faktor, yaitu : ukuran kepala janin, presentasi janin,

letak janin, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap juga dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2009:70).

2. Passage

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang uang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus dapat berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku ini. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan atau diperiksa sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas:

- a) Bagian keras: tulang-tulang panggul
- b) Bagian lunak: otot dasar, uterus, panggul dan perineu

(Prawirohardjo, 2011:86)

3. Power

- a) His (kontraksi otot rahim)
- b) Kontraksi otot dinding perut
- c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- d) Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi

involunter disebut juga dengan kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong yang disebut dengan kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter. Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot di segmen uterus bagian bawah. Dari titik pemicu, kontraksi dihantarkan ke uterus bagian bawah dalam bentuk gelombang, diselingi periode istirahat singkat.

Kekuatan sekunder terjadi segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi kini berubah menjadi bersifat mendorong keluar. Sehingga wanita merasa ingin mengejan, usaha mendorong kebawah ini yang disebut kekuatan sekunder. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap kekuatan ini penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina. Jika didalam persalinan seorang wanita melakukan usaha volunteer (mengejan) terlalu dini maka dilatasi serviks terhambat. Mengejan akan membuat lelah ibu dan membuat trauma pada daerah serviks. (Sumarah, 2009:71).

4. Psikologis ibu

Dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikologis ibu, ini berpengaruh pada kelancaran proses persalinan ibu. Sebagai contoh pasien bersalin yang didampingi suami dan keluarga yang dicintainya akan mengalami proses persalinan yang lebih lancar jika dibandingkan dengan pasien yang tidak disampingi oleh suami dan keluarganya (Asrinah, 2010:45).

5. Penolong

Kompetensi dan pengetahuan penolong sangat bermanfaat dalam proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Selain itu penolong juga tidak diharapkan malpraktek atau tidak sesuai dengan aturan dalam memberikan asuhan kepada ibu bersalin (Asrinah, 2010:45).

K. Komplikasi Pada Persalinan

1. Persalinan lama

Fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis wasapada pada patograf. Persalinan lama disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya adalah :

- a) Kecemasan dan ketakutan

- b) Pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anestesi sebelum fase aktif
- c) Abnormalitas pada tenaga ekspulsi
- d) Abnormalitas pada panggul
- e) Kelainan pada letak dan bentuk janin

(Endang dkk, 2015:47).

2. Bahu macet (distosia bahu)

Distosia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan. Bahu posterior bisa juga macet di atas sacral promontari, oleh karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul atau bahu tersebut bias lewat promotorium tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (Kuswanti dkk, 2017:102).

3. Partus presipitatus

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus sering berkaitan dengan solusio plasenta (20%) aspirasi mekonium, perdarahan postpartum, penggunaan cocain, apgar score rendah. Komplikasi maternal jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. Bila

serviks panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan akibat HPP, terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intracranial akibat tahanan jalan lahir (Endang dkk, 2015: 49).

4. Prolaps tali pusat

Prolaps tali pusat yaitu pusat berada disamping atau melewati bagian terendah janin setelah ketuban pecah. Bila ketuban belum pecah disebut tali pusat terdepan. Pada keadaan prolaps tali pusat (tali pusat menumbung) timbul bahaya besar, tali pusat terjepit pada waktu bagian janin turun dalam panggul sehingga menyebabkan asfiksia pada janin. Prolaps tali pusat mudah terjadi bila pada waktu ketuban pecah bagian terdepan janin masih berada diatas PAP dan tidak seluruhnya menutup seperti yang terjadi pada persalinan: hidramnion, tidak ada keseimbangan antara besar kepala dan panggul, premature: kelainan letak (Endang dkk, 2015:52).

5. Letak muka

Kepala yang biasa (terbanyak) saat persalinan adalah letak ubun-ubun kecil. Jika letak kepalanya tidak normal maka disebut malposisi. Salah satunya adalah letak muka. Pada letak muka, kepala dan leher janin hiperekstensi (tengadah)

sehingga menyebabkan ubun-ubun kecil bayi mendekati atau menyentuh punggung. Letak atau presentasi muka adalah letak kepala dengan ekstensi maksimal (hiperekstensi), sehingga occiput (ubun-ubun kecil) mengenai punggung dan muka terarah ke bawah (penunjuknya adalah dagu atau mentum bayi) (Kuswanti dkk, 2017:105).

6. Ketuban pecah dini

Penanganan ketuban pecah dini sangat tergantung pada kondisi ibu dan kehamilannya, termasuk janin dan cairan ketuban. Jika jumlah cairan ketuban masih cukup, maka dokter cenderung menahan janin di rahim. Dan si calon ibu harus beristirahat total dan mendapat penanganan diberikan obat-obat untuk memtangkan paru-paru janin dan antibiotik untuk mencegah infeksi. Umumnya hal ini akan membuat selaput ketuban akan menutup sendiri dan cairan ketuban akan kembali dan terus dibentuk. Jika cairan ketuban habis sama sekali, dokter akan segera mengeluarkan bayi lewat jalan operasi SC. Tips mencegah ketuban pecah :

- a) Periksa kehamilan secara teratur dan segera ke *obgyn* jika merasa ada yang tidak normal dengan kehamilan atau di daerah kemaluan.
- b) Bersihkan daerah kemaluan dengan dari mulai depan ke belakang.

c) Jika mulut rahim cenderung lemah segera hentikan melakukan hubungan seksual.

d) Konsumsi vitamin C secara teratur terlebih saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

(Kuswanti dkk, 2017:105).

7. Ruptur Uteri

Merupakan peristiwa yang sangat berbahaya, yang umumnya terjadi pada persalinan, kadang – kadang juga pada kehamilan tua. Robekan pada uterus dapat ditemukan untuk sebagian besar pada bagian bawah uterus. Apabila pada rupture uteri peritoneum pada permukaan uterus ikut robek, hal itu dinamakan rupture uteri kompleta, jika tidak rupture uteri inkompleta (Mochtar,2010:99)

8. Sepsis Puerpuralis

Dapat terjadi di masa intrapartum atau post partum. Sebelum kelahiran, membrane amniotic dan membrane korionik dapat terinfeksi jika ketuban pecah terjadi berjam-jam sebelum persalinan di mulai. Bakteri kemudian mempunyai cukup waktu untuk berjalan ke vagina ke dalam uterus dan menginfeksi membrane, plasenta, bayi, dan ibu (Mochtar,2010:98).

9. Kelainan His

Menurut mochtar (2010:98) ada beberapa kelainan his yaitu :

a. His hipotonik (inersia uteri)

Kelainan dalam hal ini bahwa kontraksi uterus lebih aman, singkat dan jarang daripada biasa, keadaan ini dinamakan inersia uteri primer. Sebagai akibat kontraksi terjadi perubahan pada serviks yaitu pendataran atau pembukaan serviks.

b. His Hipertonik (His terlampau kuat / Tertania Uteri)

His yang terlalu kuat atau terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat (partus presipitatus). Sifat his normal, tonus otot diluar his juga biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu ialah terjadinya perlukaan luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum. Sedangkan pada bayi dapat mengalami tekanan yang kuat dalam waktu yang singkat.

c. His yang tidak terkoordinasi

His disini sifatnya berubah- ubah tonus otot uterus meningkat juga diluar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi bagian – bagiannya. Disamping itu tonus otot uterus yang menaik menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia pada janin.

L. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan

Ada lima aspek dasar yang penting dan terkait dalam asuhan persalinan. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik patologis maupun fisiologi. Lima benang merah tersebut ialah:

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan asuhan yang di perlukan oleh pasien. Keputusan itu harus bersifat akurat, komprehensif dan aman baik untuk pasien, keluarga, maupun petugas yang menolongnya (APN, 2008:1-35).

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang dapat menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran sang bayi. Menurut penelitian bahwa jika para ibu di perhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik lagi (APN, 2008:1-35).

3. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen lain dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus dapat diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya seperti hepatitis dan HIV/AIDS (APN, 2008:1-35).

Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi :

a) Asepsis atau Teknik Aseptik

Adalah istilah umum yang biasa digunakan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh (eradikasi) mikroorganisme pada kulit, jaringan dan instrumen/peralatan hingga tingkat yang aman.

b) Antisepsis

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya

c) Dekontaminasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan permukaan (misalnya meja pemeriksaan) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh. Dekontaminasi bisa dilakukan dengan menggunakan larutan klorin. Cara membuat larutan klorin menurut (Dewi, 2011:54) adalah :

- 1) Membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

- 2) Membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

d) Mencuci dan Membilas

Adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cecaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya debu,kotoran) dari kulit atau instrumen/peralatan.

e) Desinfeksi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda atau instrumen.

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

g) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri,jamur,parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dan benda-benda mati atau instrumen.

Tindakan- tindakan pencegahan infeksi meliputi :

- 1) Cuci tangan menggunakan prinsip 7 langkah kemudian mengeringkan dengan handuk bersih

- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya seperti kaca mata, apron, sepatu boot, masker, dan penutup kepala
- 3) Memproses alat bekas pakai
- 4) Menangani peralatan tajam dengan aman
- 5) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar
- 6) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik
(Mika Oktarina.2016:9-11).

4. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

PI yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- c) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan, harus diproses secara benar
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah di proses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi

e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (Mika Oktarina, 2016:12-13).

5. Pencatatan (dokumentasi)

Catat semua hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak di catat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnose dan membuat rencana asuhan bagi ibu dan bayi (APN, 2008:1-35).

6. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Sangat sulit menduga

kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tempat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas kesehatan rujukan yang untuk menatalaksanaan kasus kegawat daruratan obstetric dan bayi baru lahir (APN, 2008:1-35).

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cuman
- d) Pemberian antibiotik intravena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir

Adapun yang wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan, antara lain :

- 1) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- 2) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- 3) Biaya pelayanan

4) Waktu dan jarak tempuh ke tempat rujukan

Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan.

Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu :

- 1) B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan.
- 2) A (Alat) : Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- 3) K (Keluarga): Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi mengapa perlu dilakukan rujukan. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan untuk dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai.
- 4) S (Surat) : Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.
- 5) O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ke tempat rujukan.

- 6) K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.
- 7) U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.
- 8) DA (Do'a) : Beritahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan (APN,2008:35)

M. Partograf

1. Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut :

- a) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNKP-KR, 2014:57).
- b) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono, 2009:315).

2. Tujuan

Adapaun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah sebagai berikut :

- a) Mencatat hasil observasi dari kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNKP-KR, 2014:57).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

- a) Mencatat kemajuan persalinan.
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNKP-KR, 2014:57).

3. Penggunaan Partograf

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan.

Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.

- b) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, BPM, rumah sakit, dll).

- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetri, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran) (JNKP-KR, 2014:57).

4. Pengisian Partograf

Pengisian partograf antara lain :

- a) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catat kemajuan persalinan maupun Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus

dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi nuga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- 1) Denyut jantung janin setiap 30 menit.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit.
- 3) Nadi setiap 30 menit.
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2-4 jam.
- 8) Pencatatan selama fase aktif persalinan.

(JNKP-KR, 2014:57-58).

b) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan meliputi :

- 1) Informasi tentang ibu : nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medik, tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- 2) Waktu pecahnya selaput ketuban

- 3) Kondisi janin : DJJ (denyut jantung janin), warna dan adanya air ketuban, penyusupan (moulase) kepala janin.
 - 4) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin, garis waspada dan garis bertindak.
 - 5) Jam dan waktu : waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
 - 6) Kontraksi uterus: frekuensi dan lamanya.
 - 7) Obat-obatan dan cairan yang diberikan : oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
 - 8) Kondisi ibu : nadi, tekanan darah, dan temperatur, urin (volume, aseton, atau protein).
 - 9) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) (Sarwono, 2009:317-318).
5. Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

- a) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan

perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

b) Kondisi janin

Bagian atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

1) Denyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah.

Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

Tabel 2.8
Lambang Warna Air Ketuban

U	Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
J	Selaput ketuban mudah pecah dan air ketuban jernih
M	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
D	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
K	Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Sumber : (JNKP-KR, 2014:59-61).

6. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul (CFD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin.

Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah laju air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

Tabel 2.9
Molase Tulang Kepala Janin

0	Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
1	Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
2	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
3	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

Sumber : (JNKP-KR, 2014:59-61).

7. Kemajuan Persalinan

Kolom dan laju kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam sentimeter dan menempati laju dan kotak tersendiri. Perubahan ini atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlinaan. Setiap kotak segi empat atau jubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

a) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Perhatikan:

- 1) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.
- 2) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif Persalinan, temuan pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.
- 3) Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (persalinan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah bagian jani yang telah memasuki rongga

panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (JNKP-KR, 2014:62). Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda “O” di garis angka 4. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalina harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNKP-KR, 2014:62).

8. Janin dan Waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNKP-KR, 2014:63).

9. Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom panjang kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi (JNKP-KR, 2014:64).

10. Obat-obatan dan Cairan yang Diberikan

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNKP-KR, 2014:65).

11. Halaman Belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catat asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejak mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (JNKP-KR, 2014:67).

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan kurun waktu kurang lebih 6 minggu (Salehah, 2009:04).

Masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama enam minggu (Kumalasari, 2015:155).

B. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan kebidanan masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik dari fisik maupun psikologis ibu.
2. Mendeteksi adanya masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
4. Memberikan pelayanan KB kepada ibu (Salehah, 2009:4-5).

C. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas di bagi menjadi 3 tahapan, yaitu:

1. Puerpurium dini

merupakan masa pemulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerpurium intermedial

Puerpurium intermedial merupakan masa pemulihan seluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote puerpurium

Remote puerpurium merupakan masa yang diperlukan untuk pemulihan dan sehat sempurna, terutama bila selama kehamilan atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulan, bahkan tahunan (Sulistyawati, 2009:05).

D. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas antara lain:

1. Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi internal yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm.

dinding uterus terdiri dari otot polos dan tersusun atas 3 lapisan yaitu:

- a) Perimetrium, yaitu lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus.
- b) Miometrium, yaitu lapisan yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula setiap bulannya.
- c) Endometrium, yaitu lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah. Bila tidak terjadi pembuahan maka dinding endometrium akan meluruh bersama dengan ovum matang. Selama kehamilan uterus berfungsi sebagai tempat tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi. Pada akhir kehamilan berat uterus mencapai 1000 gram. Berat uterus seorang wanita dalam keadaan tidak hamil hanya sekitar 30 gram dan sedangkan untuk ibu bersalin setelah persalinan 1 minggu berat uterus menjadi sekitar 500 gram, 2 minggu setelah persalinan menjadi sekitar 300 gram dan menjadi 40-60 gram setelah enam minggu pasca persalinan. Perubahan ini terjadi karena segera setelah persalinan kadar hormone estrogen dan hormone progesterone akan menurun dan mengakibatkan proteolisis pada dinding uterus (Dewi, 2012:17-18).

Tabel 2.10
Perubahan-perubahan normal pada uterus selama
postpartum

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 gram
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: (Reny Heryani, 2010:24-25).

2. Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Serviks bias melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun akan mengecil, dan beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum (Saleha, 2009:57).

3. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama persalinan dan akan kembali secara

bertahap dalam kurun waktu 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali dalam kurun waktu minggu ke empat (Kumalasari, 2015:157).

4. Sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi (*section caesarea*) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-23 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan. BAB biasanya mengalami perubahan pada 1-3 hari pertama postpartum. Hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus atau perineum setiap kali BAB juga dapat mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama (Dewi, 2012:27).

5. Payudara (mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua

mekanisme fisiologis yaitu produksi dan sekresi susu (*let down*). Selama Sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormone yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (*hormone laktogenik*). Sampai hari ke tiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Ketika bayi menghisap puting, reflex saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormone oksitosin. Oksitosin merangsang reflex let down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ereksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak (Salehah, 2009:58).

6. Lokea

Lokea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokea terbagi menjadi tiga jenis yaitu:

a) Lokea rubra

Lokea rubra adalah lokea berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua,

verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 sampai hari pascapersalinan.

b) Lokea sanguilenta

Lokea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke 3 sampai ke 7 pascapersalinan.

c) Lokea serosa

Lokea serosa adalah lokea berikutnya, di mulai dengan versi yang lebih pucat dari lokea rubra. Lokea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 sampai ke 14 pascapersalinan.

d) Lokea alba adalah lokea yang terakhir. Dimulai dari hari ke 14 kemudian makin lama akan semakin sedikit hingga berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk cream serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua (Salehah, 2009:55).

Tabel 2.11

Lokea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

(Sumber : Nugroho, dkk 2014:98)

7. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celcius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, namun akan melebihi 8 derajat celcius. Sesudah dua jam pertama melahirkan

umumnya suhu akan kembali normal. Jika suhu lebih dari 38 derajat celcius kemungkinan terjadi infeksi.

b) Nadi dan pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80 kali per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada klien. Sedangkan untuk pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit lain yang menyertai dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Salehah, 2009:61).

8. Sistem peredaran darah

Perubahan hormone selama kehamilan dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar haemoglobin (HB) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta. Setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah relative meningkat keadaan ini mengakibatkan beban kerja jantung

sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal (Dewi, 2012:26).

9. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena *sfincter uretra* ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spingter ani selama proses persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Dilatasi reter dan pyelum akan kembali normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya akan berlebihan (poliurine) antara hari ke dua dan hari 5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri yang disebabkan oleh proses katalitik involusi (Retna dkk, 2010:81).

10. Sistem musculoskeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi ini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut. Pada

wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominalis sehingga seolah-olah sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis kulit. Tempat yang lemah ini menonjol kalau berdiri atau mengejan (Dewi, 2012:26).

11. Perubahan kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali ke proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersamaan dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (*haematokrit*).

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan

menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari post partum (Sulistyawati, 2009:82).

E. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

1. Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah persalinan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti muda tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Di samping nafsu makan ibu meningkat.

2. Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat

bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3. Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Retna dkk, 2010:88-89).

F. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, di

tambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya. Ibu dianjurkan minum air putih sedikitnya 3 liter perhari untuk menghindari dehidrasi dan mengonsumsi tablet zat besi minimal sampai 40 hari post partum untuk menghindari anemia. Vitamin A (200.000 IU) dianjurkan untuk mempercepat penyembuhan pasca bersalin dan mentransfernya ke bayi melalui ASI.

Tabel 2.12
Nutrisi ibu nifas

Makanan	Normal	Hamil	Menyusui
Kalori (kal)	2.500	2.500	3.000
Protein (gram)	0,8	85	100
Kalsium (gram)	12	15	15
Vitamin A (IU)	5.000	6.000	8.000
Vitamin B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vitamin C (mg)	70	100	150
Vitamin D (SI)	2,2	2,5	3
Riboflavin	15	18	23
Asam nikotin	-	600	700

Sumber: Kumalasari Intan, 2015:161

2. Ambulasi

Pada persalinan normal, ibu tidak terpasang infuse dan kateter serta tanda-tanda vital berada dalam batas normal,

biasanya ibu diperolehkan untuk ke kamar mandi dengan dibantu, satu atau 2 jam setelah melahirkan. Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap, diawali dengan gerakan miring ke kanan dan ke kiri di atas tempat tidur. Mobilisasi ini tidak mutlak, bervariasi tergantung pada ada tidaknya komplikasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan ibu terkait mobilisasi yaitu :

- a) mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh. Namun, mobilisasi yang terlambat dilakukan juga tidak baik karena dapat menyebabkan gangguan fungsi organ tubuh, tersumbatnya aliran darah, gangguan fungsi otot dan lain-lain.
- b) Pemulihan pasca bersalin akan berlangsung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk sistem peredaran darah, pernafasan dan otot rangka.
- c) Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena bisa menyebabkan meningkatnya beban kerja jantung.

(Dewi, 2012:47-49).

3. Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur yaitu:

- a) Anjurkan ibu agar istirahat dengan cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan kepada ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal yaitu:

- (1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- (2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- (3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Dewi, 2012:48).

4. Eleminasi

Dalam 6 jam pertama *post partum*, pasien sudah harus bisa buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia mampu menahan sakit pada luka

jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia pun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Sulistyawati, 2009:101).

5. Kebersihan diri

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum.

a) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar.

Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya

mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

b) Perawatan payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- 2) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet
- 3) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok
- 4) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam

(Ambarwati dkk, 2010:106-107).

6. Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu nifas harus memenuhi syarat yaitu :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Salehah, 2009:74-75).

7. Latihan senam nifas

Organ-organ wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas ialah senam yang bertujuan untuk mengembalikan otot-otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula atau mendekati belum hamil.

Tujuan masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu.
- b) Mempercepat proses involusi uteri.

- c) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamen-ligamen, otot-otot dasar panggul dan sebagainya yang berhubungan dengan proses persalinan.
- d) Membantu memulihkan dan mengecangkan otot panggul, perut dan perenium.
- e) Memperlancar pengeluaran lokia.
- f) Membantu mengurangi rasa sakit.
- g) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas.

Manfaat senam nifas antara lain:

- (1) Membantu memperbaiki sirkulasi darah.
- (2) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan.
- (3) Memperbaiki otot tonus, pelvis, dan peregangan otot abdomen.
- (4) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul.
- (5) Membantu ibu lebih rileks dan segar pasca persalinan.

(Reni, 2010:64-65).

G. Komplikasi Pada Masa Nifas

1. Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa

nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinary, payudara dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu pembengkakan takikardia dan malaise. Sedangkan gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria. Ibu beresiko terjadi infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genitalia termasuk episiotomy pada perenium, dinding vagina, dan serviks (Reni, 2010:112).

2. Perdarahan masa nifas

Perdarahan masa nifas adalah perdarahan yang lebih dari 500-600 ml dalam waktu 25 jam setelah bayi lahir. Ada 2 jenis perdarahan pada masa nifas yaitu perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) adalah perdarahan yang terjadi pada kurun waktu 24 jam pertama ini dapat disebabkan oleh atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, laserasi jalan lahir dan inversion uteri, sedangkan untuk perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam, perdarahan ini disebabkan oleh sub involusi uteri, retensi sisa plasenta, dan infeksi pada masa nifas (Retna dkk, 2010:126).

3. Sub involusi uteri

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat bersalin, menjadi 40-60 gram setelah 6 minggu. Pada beberapa keadaan terjadinya involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat. Keadaan demikian disebut sub involusi uteri. Penyebab terjadinya sub involusi uteri ini adalah terjadinya infeksi pada endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya serta terdapat bekuan darah atau mioma uteri. Pada palpasi uterus teraba masih besar, fundus masih tinggi, lokea banyak, berbau, dan terjadi perdarahan (Retna dkk, 2010:126).

4. Payudara menjadi merah, panas, dan terasa sakit

Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi *mastitis*. Putting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH yang terlalu ketat mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disusui dengan adekuat, bisa terjadi mastitis. Ibu yang diet kecil, kurang istirahat, anemia akan lebih mudah terkena infeksi. Gejala umum yang terjadi adalah seperti bengkak, nyeri seluruh payudara atau local, kemerahan pada seluruh

payudara atau local, payudara keras, dan panas pada badan (Reni, 2010:113).

5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh *episiotomi* yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan terutama saat infuse oksitosin dihentikan terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. *Overdistensi* yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih (Reni, 2010:113).

6. Infeksi saluran kemih

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah infeksi bakteri yang terjadi pada saluran kemih. Kejadian infeksi saluran kemih pada masa nifas relative tinggi dan hal ini dihubungkan dengan hipotoni kandung kemih akibat trauma kandung kemih waktu persalinan, pemeriksaan dalam yang sering, kontaminasi kuman dari perineum, atau kateterisasi yang sering. Bakteri *eschericia coli* merupakan penyebab yang sering ditemukan pada kasus ISK. Bakteri ini dapat berasal dari flora usus yang

keluar sewaktu buang air besar, dan jika bakteri berkembang biak akan menjalar ke saluran kencing dan naik ke kandung kemih dan ginjal, inilah yang menyebabkan ISK. Pada nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal.

Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomy yang lebar, laserasi periuretra, atau hematomadinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infuse oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih. Distensi kandung kemih mengurangi aliran darah ke lapisan mukosa dan submukosa sehingga jaringan menjadi lebih rentan terhadap bakteri. Urin yang tersisa dikandung kemih menjadi lebih basa sehingga kandung kemih merupakan tempat ideal bagi pertumbuhan organism (Endang dkk, 2015:69-70).

H. Kunjungan Masa Nifas

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidann dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :
 - a) Pertama : 6 jam – 3 hari setelah melahirkan

- b) Kedua : Hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan
- c) Ketiga : Hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan

a. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi :

1. Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
2. Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi
3. Pemeriksaan lochea dan perdarahan
4. Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
5. Pemeriksaan kondisi rahim dan tinggi fundus uteri
6. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
7. Pemberian Kapsul Vit A
8. Pelayanan kontraksi pasca persalinan
9. Konseling
10. Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.

b. Memberikan nasihat yaitu :

1. Makan-makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah – buahan
2. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari

3. Menjaga kebersihan diri, terdapat kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin
 4. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
 5. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi
 6. Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan
 7. Perawatan bayi yang benar
 8. Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress
 9. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
 10. Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan
- (Kemenkes RI buku KIA,2015:26)

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

A. Pengertian Neonatus

Menurut M. Sholeh Kosim, 2007 Neonatus atau bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir normal dengan berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (Kumalasari, 2015:209).

B. Fisiologis Neonatus

1) Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- (a) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- (b) Panjang badan bayi 48-52 cm.
- (c) Lingkar dada bayi 30-38 cm.
- (d) Frekuensi jantung bayi 120-160 kali per menit.
- (e) Pernafasan bayi kurang lebih 40-60 kali per menit.
- (f) Kulit bayi kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup banyak.
- (g) Rambut lanugo pada bayi tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- (h) Kuku agak panjang dan lemas.
- (i) Genetalia pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- (j) Reflek menghisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- (k) Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- (l) Eleminasi bayi baik, mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Kumalasari, 2015:209-210).

2) Penilaian APGAR SCORE

Keadaam umum bayi dinilai setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR SCORE. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Tabel 2.13
Tabel nilai APGAR

Gejala	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	< 100x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, reflek baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber : Manuaba, 2010:205

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau tidak.

- a. Nilai Apgar 7-10 : bayi normal
- b. Nilai Apgar 5-6 : bayi asfiksia ringan
- c. Nilai Apgar 0-3 : bayi asfiksia berat

(Prawirohardjo, 2009:379).

C. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Klasifikasai bayi baru lahir menurut gestasi adalah :

- a) *Pre term*: usia kurang dari 37 lengkap (kurang dari 259 hari).
 - b) *Term*: mulai dari 37 minggu sampai dengan kurang dari 42 minggu lengkap (159-193 hari).
 - c) *Post term*: 40 minggu lengkap atau lebih (294 hari)
(Fajriah L, 2013:58).
2. Berdasarkan berat lahir :
- a) Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram
 - b) Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram
 - c) Neonatus berat lahir besar yaitu lebih dari 4000 gram
3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
- a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan
(SMK/KMK/BMK) (Muslihatun, 2010:27).

D. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

- 1) Adaptasi pernafasan
 - (a) Pernafasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia

- (b) Faktor fisik, meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya: perubahan dalam gradien tekanan).
- (c) Faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara dan penurunan suhu.
- (d) Faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya: penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbondioksida, dan penurunan Ph).
- (e) Frekuensi pernafasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali per menit.
- (f) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
- (g) Bayi baru lahir lazimnya bernafas melalui hidung. Respons reflex terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan nafas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik setelah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal system saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan perangsangan pusat pernafasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernafasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada

saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara (Jenny J.S, 2013:151).

2) Adaptasi kardiovaskular

Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah bayi lahir.

Ada beberapa perubahan yang terjadi secara cepat dan sebagian lagi terjadi seiring berjalan waktu.

Tabel 2.14

Perubahan anatomi bayi baru lahir yang terjadi secara tepat maupun seiring waktu

Struktur	Sebelum lahir	Setelah lahir
Vena umbilikalis	Membawa darah dari arteri ke hati dan jantung	Menutup, menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikalis	Membawa darah arteriovenosa	Menutup: menjadi ligamentum venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam vena cava inferior	Menutup: menjadi liigamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup: kadang-kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah hanya dari atrium kanan

Sumber: (Jenny J.S, 2013:152)

Sirkulasi perifer yang lambat menyebabkan *akrosianosis* pada tangan, kaki, dan sekitar mulut bayi. Denyut nadi saat bayi bangun berkisar 120-160x/menit dan sedangkan dalam keadaan tidur denyut nadi berkisar 100x per menit dan untuk tekanan darah bayi bervariasi, ini berkisar 80/46 mmHg sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi. Dengan berkembangnya paru-paru pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbondioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong aliran darah dari plasenta terhenti dan feromon ovale tertutup. (Jenny J.S, 2013:151-152).

3) Adaptasi hati

Setelah segera lahir hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih

dari 50mg/kgBB/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Vivian dkk, 2011:15).

4) Adaptasi imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki *lamina propia ilium* dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir hanya terdapat gemaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A,G dan M. (Vivian dkk, 2011:15).

5) Adaptasi ginjal

Laju filtrasi glomerulus relative rendah pada saat lahir ini disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespon terhadap stressor. Penurunan kemampuan untuk mengekspresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali

sehari pada 1-2 hari pertama kelahiran. Setelah itu mereka akan berkemih 5-10 kali dalam 24 jam. Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat, noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat (Jenny J.S, 2013:156)

6) Adaptasi suhu tubuh

Ada empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya yaitu:

(a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung).

(b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

(c) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua obyek yang mempunyai suhu berbeda).

(d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati.

Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 15°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya persepuluhan saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka hal yang dilakukan adalah:

1. Keringkan bayi secara seksama.
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat.
3. Tutup kepala bayi.
4. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayi.
5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
6. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

(Vivian dkk, 2011: 14).

7) Adaptasi neurologis

System nuerologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang secara sempurna. Bayi baru lahir akan menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu labil, kontrol otot buruk, mudah terkejut, dan tremor pada eksterimitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat, saat bayi tumbuh perilaku yang lebih kompleks misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan akan berkembang. Reflek bayi merupakan indikator yang sangat penting bagi perkembangan bayi (Jenny J.S, 2013:153-154)



Tabel 2.15
Reflek pada bayi

Refleks	Respons normal	Respons abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menoleh kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau putting.	Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi system saraf pusat (SSP)
Menelan atau swallowing	Bayi baru lahir menelan terkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah	Muntah, batuk atau regurgitasi cairan dapat terjadi: kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, deficit neurologis, atau cedera: terutama terlihat setelah laringoskopi
Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau putting	Ekstrusi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang
Moro	Ektensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf "c", diikuti dengan abduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur

	satu kaki disentuh pada permukaan yang rata	tulang panjang kaki
Tonik nec	Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila terdapat gerakan mendadak atau suara keras	Tidak adan respons yang terjadi pada deficit SSP
Glabelar	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dang gal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis
Palmar grasp	Jari bayi akan melekur di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons uang terjadi pada deficit neurologis
Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit keatas melintas bantalan kaki	Tidak adan respons yang terjadi pada deficit SSP

Sumber : (Jenny J.S, 2013:154-155)

E. Periode Transisi

Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon s simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respons parasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltic).

Periode transisi dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Reaktivitas 1 (*the first of reactivity*)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit.

Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltic hanya menunjukkan bahwa anus dalam

keadaan baik. Lebih jelas lagi dapat dilihat karakteristiknya, yaitu:

- a) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernafasan mencapai 80/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.
- b) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- d) Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mucus, menangis kuat, reflex isap yang kuat. Tips khusus, selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

2. Fase tidur (*period of unresponsive sleep*)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin, bayi

tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterin.

3. Periode reaktivitas II (*the second period of reactivity* atau) atau transisi ke-III

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makananan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal.

Neonatus mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti asofagial atresia, mucus

bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda, sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh (Dewi, 2010:03)

F. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi, yang mengandung zat gizi sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, biasanya bayi akan merasa lapar setiap 2-4 jam. Jangan berikan susu formula sebelum bayi berusia 6 bulan (Vivian, 2011:29).

2. Eleminasi

Pengeluaran mekonium biasanya terjadi dalam 10 jam pertama dan dalam kurung waktu 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses pertama bayi berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga sampai ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009:711). Urine pertama kali dikeluarkan dalam kurung waktu 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering sesuai dengan asupan cairan yang diterimanya. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Sulistyawati, 2009:711).

3. Istirahat dan tidur

Dalam waktu 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan rungan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Vivian, 2011:29).

Tabel 2.16

Waktu istirahat bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 Jam

Sumber: (Vivian, 2011:29)

4. Kebersihan kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar di jaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu (Vivian, 2011:29).

5. Keamanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apa pun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi (Vivian, 2011:29).

G. Asuhan Kebidanan Pada BBL Normal

1. Cara memotong tali pusat

- a) Menjepit tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu menurut tali pusat dengan kearah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem.
- b) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi bagian tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara kedua klem.
- e) Mengikat tali pusat dengan jarak kurang 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan menggunakan kasa steril, lepaskan klem tali pusat, lalu memasukkannya ke dalam larutan klorin 0,5% .

(Dewi L, 2012:03).

2. Mempertahankan suhu tubuh bayi dan mencegah hipotermi

- a) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah bayi lahir

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela atau pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini dapat mengakibatkan serangan dingin (cold stress) yang ini merupakan gejala awal hipotermia. Bayi yang kedinginan biasanya tidak menunjukkan gejala mengginggil oleh karena kontrol suhunya belum stabil atau bekerja sempurna.

b) Untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi

Bayi baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan menggunakan kain yang kering dan bersih. Kemudian bayi diletakkan terkelungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan.

c) Menunda memandikan bayi

Pada bayi baru lahir cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan menggunakan air hangat kurang lebih 24 jam setelah kelahiran bayi. Sedangkan pada bayi baru beresiko dengan berat badan kurang dari 2.500 gram atau keadaanya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuh bayi stabil dan mampu menghisap ASI.

d) Menghindari kehilangan panas

Untuk menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir ada empat cara yaitu: melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi. (Dewi L, 2012:2-4).

H. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya bayi baru lahir menurut Jenny J.S (2013:46) yaitu:

1) Suhu tubuh bayi $<36,5^{\circ}\text{C}$ dan $>37,5^{\circ}\text{C}$

Suhu tubuh bayi yang rendah dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$ (hipotermi) serta diatas $37,5^{\circ}\text{C}$, Ini merupakan salah satu tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ciri hipotermi yang bisa dilihat secara langsung adalah kulit menjadi kebiruan (sianosi), bibir pucat, tubuh menggigil. Sedangkan pada dengan suhu tubuh tinggi atau demam merupakan pertanda bahwa bayi mengalami infeksi sehingga membuat suhu tubuhnya naik. Jika hal ini dibiarkan bayi akan mengalami kejang bahkan sampai kehilangan kesadaran.

2) Bayi mengalami kejang

Penyebab yang paling sering terjadi pada bayi adalah demam. Adapula disebabkan oleh tetanus neonatorum. Kejang pada bayi dapat mengancam keselamatan bayi, kejang pada bayi bisa dikenali dengan salah satu contohnya adalah tubuh bayi kaku dan bola mata bayi terbalik keatas.

3) Warna kemerahan pada tali pusat dan bau tidak sedap

Ini merupakan salah satu adanya infeksi yang terjadi pada tali pusat. Tali pusat yang tidak mengalami infeksi yaitu: tidak berbau, tidak mengeluarkan pus (nanah), tidak kemerahan. Infeksi tali pusat dapat disebabkan oleh berbagai hal, yaitu: ketidaktahuan orang tua mengenai cara membersihkan tali pusat atau alat untuk memotong tali pusat yang tidak steril.

4) Lemas dan tidak mau menyusu (letargi)

Jika tubuh bayi terlihat lemas dan tidak mau menyusu kepada ibu biasanya bayi sedang mengalami sakit, salah satu cirinya yaitu: bayi tidak mau merespon ketika diberi rangsangan.

5) Kulit bayi kuning (ikterus)

Dikatakan ikterus apabila bayi terlihat perubahan pada warna kulit bayi menjadi kuning pada waktu 24 jam setelah bayi lahir dan setelah lima hari pada bayi premature.

6) Mata cekung atau turgor kulit menurun

Merupakan pertanda bayi mengalami dehidrasi (kekurangan cairan). Biasanya sering ditemui pada bayi yang mengalami diare. Semakin lama bayi mengalami dehidrasi akan menyebabkan bayi meninggal.

I. Pelayanan Kesehatan Neonatus

1) Kunjungan Neonatus pertama (KN 1) dilakukan 2 kali kunjungan pada usia 0-7 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah :

- (a) Pemberian minum (ASI)
- (b) Menjaga kebersihan kulit bayi
- (c) Perawatan tali pusat
- (d) Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi
- (e) Kebutuhan istirahat bayi
- (f) Imunisasi

2) Kunjungan Neonatal kedua (KN lengkap) dilakukan pada usia 8-28 hari setelah lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu:

- (a) Pemeriksaan ada atau tidak tanda bahaya dan gejala sakit
- (b) Jaga kehangatan tubuh bayi
- (c) Beri ASI eksklusif
- (d) Rawat tali pusat

(Rukiyah dkk, 2010:66-82).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, sedangkan “*konsepsi*” adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma

(Intan Kumalasari, 2015:277).

Keluarga berencana postpartum adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan atau mengalami keguguran di rumah sakit, atau memberikan pengarahan agar memilih KB efektif (melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik atau susuk) (Manuaba, 2012:637).

Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur dan sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nina dkk, 2013:01).

B. Macam-Macam Metode KB

1. Metode Keluarga Alamiah (KBA)

a) Amnorea Laktasi (MAL)

(1) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman yang lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian lebih dari 8x sehari), belum mengalami haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan (Saifuddin, 2013:MK-1).

(2) Cara kerja

Penundaan atau penekanan ovulasi (Saifuddin, 2013:MK-1). Hormone prolaktin yang merangsang produksi ASI, juga mengurangi kadar hormone LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus haid. Kadar prolaktin yang tinggi dapat menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitive terhadap rangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivitas ovarium, kadar esterogen yang rendah dan anovulasi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar

prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang singkat dan fertilisasi menurun.

(3) Keuntungan kontrasepsi

a. Keuntungan kontrasepsi

- 1) Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- 2) Tidak mengganggu saat berhubungan seksual.
- 3) Segera efektif apabila digunakan secara benar.
- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- 5) Tidak perlu pengawasan medis.
- 6) Tidak perlu obat atau alat.
- 7) Tanpa biaya

b. keuntungan nonkontrasepsi

- 1) untuk bayi
 - (a) mendapatkan kekebalan tubuh pasif (mendapatkan perlindungan antibody melalui ASI).
 - (b) merupakan asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - (c) bayi terhindar dari paparan terhadap kontaminasi dari air, susu formula, atau alat minum yang dipakai.

2) untuk ibu

(a) Dapat mengurangi perdarahan pasca persalinan.

(b) Dapat mengurangi resiko anemia.

(c) Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi (Nina dkk, 2013:30).

c. Kerugian kontrasepsi

Selain memiliki keuntungan, metode amenorea laktasi (mal) juga memiliki beberapa kerugian antara lain sebagai berikut:

1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam waktu 30 menit pasca persalinan.

2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.

3) Tidak melindungi dari penyakit IMS termasuk hepatitis B dan HIV/AIDS

(Saifuddin, 2012: MK-2).

d. Yang dapat menggunakan MAL

Yang dapat menggunakan metode ini adalah ibu menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum haid setelah melahirkan (Saifuddin, 2012:MK-2).

e. Yang seharusnya tidak memakai mal

Beberapa ibu yang seharusnya tidak memakai mal adalah sebagai berikut :

- 1) Sudah haid setelah bersalin.
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif
- 3) Bayi berusia lebih dari 6 bulan.
- 4) Bekerja dan berpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

b) Coitus interruptus (senggama terputus)

(1) Pengertian *coitus interruptus*

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Saifuddin, 2011:MK-15).

(2) Manfaat senggama terputus

a. Manfaat kontrasepsi

- 1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar.
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- 3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
- 4) Tidak ada efek samping dan dapat digunakan setiap waktu.
- 5) Tidak membutuhkan biaya.

b. Manfaat non kontrasepsi

- 1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- 2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan dekat dan pengertian yang sangat dalam.

(3) Keterbatasan senggama terputus

- b. Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).
- c. Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
- d. Memutuskan kenikmatan dalam berhubungan seksual (Saifuddin, 2011:MK:16).

(4) Indikasi senggama terputus

- a. Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- b. Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain.
- c. Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.

- d. Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode lain.
- e. Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- f. Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur (Saifuddin, 2011:MK-16).

(5) Kontraindikasi senggama terputus

- a. Suami dengan pengalaman ejakulasi.
- b. Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- c. Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis.
- d. Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama.
- e. Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- f. Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus (Saifuddin, 2011:MK-16).

(6) Cara penggunaan metode senggama terputus

- a. Sebelum melakukan hubungan seksual, pasangan harus saling membangun kerjasama dan pengertian terlebih dahulu. Keduanya harus mendiskusikan dan sepakat untuk menggunakan metode senggama terputus.
- b. Sebelum melakukan hubungan seksual, suami harus mengosongkan kandung kemih dan membersihkan

ujung penis untuk menghilangkan sperma dari ejakulasi sebelumnya.

- c. Apabila merasa akan ejakulasi, suami segera mengeluarkan penisnya dari vagina pasangannya dan mengeluarkan sperma di luar vagina.
- d. Pastikan tidak ada tumpahan sperma selama senggama.
- e. Pastikan suami tidak terlambat melaksanakannya.
- f. Senggama dianjurkan tidak dilakukan pada masa subur (Saifuddin, 2011:MK-53-54).

2. Metode kontrasepsi PIL

a) Mini pil

(1) pengertian mini pil

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah. Mini pil atau pil progestin disebut juga sebagai pil menyusui.

Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet (Nina dkk, 2013:73).



Gambar 2.24

Alat kontrasepsi pil mini

Sumber: <https://www.lusa.web.id/kontrasepsi-pil-progestin-minipill-or-progestin-only-contraceptive/>

(2) jenis mini pil

Mini pil terbagi menjadi 2 jenis yaitu:

- a. Minil pil dalam kemasan dengan isi 28 pil, yang mengandung 75 mikro gram *desogestrel*.
- b. Minil pil dalam kemasan dengan isi 35 pil, mengandung 300 mikro gram *levonogestrel* atau 350 mikro gram *noretindron* (Nina dkk, 2013:73).

(3) Cara kerja mini pil

Cara kerja mini dari kontrasepsi mini pil progestin atau mini pil dalam mencegah kehamilan antara lain dengan cara:

- a. Menghambat ovulasi
- b. Mencegah implantasi
- c. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- d. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu.

(Nina dkk, 2013:74).

(4) Efektivitas mini pil

Pil progestin atau mini pil sangat efektif (98,5%) untuk digunakan pada ibu menyusui bila penggunaan yang benar dan konsistensi sangat mempengaruhi tingkat

efektifitasnya. Efektifitas penggunaan mini pil akan berkurang pada saat mengonsumsi obat anti konvulsan (*feniton*), *carbenzemide* barbiturate, dan obat anti tuberculosis (*rifampisin*). Adapun cara untuk menjaga kehandalan mini pil antara lain:

- a. Minum pil setiap hari pada saat yang sama
- b. Penggunaan mini pil jangan sampai ada yang lupa
- c. Senggama dilakukan 3-20 jam setelah minum mini pil
- d. Dari bukti penelitian kehandalan mini pil lebih pada wanita yang berusia tua dibandingkan dengan yang berusia muda
(Nina dkk, 2013: 74).

(5) Kerugian mini pil

Kontrasepsi pil progestin atau mini pil mempunyai kerugian, antara lain:

- a. Memerlukan biaya.
- b. Harus selalu tersedia.
- c. Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.

- d. Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberculosi atau epilepsi akan mengakibatkan afektifitasnya menjadi rendah.
- e. Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.
- f. Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten.
- g. Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.

Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik (Nina dkk, 2013: 75).

(6) Indikasi penggunaan mini pil

- a. Usia reproduksi
- b. Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- c. Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama menyusui
- d. Pascapersalinan dan tidak menyusui
- e. Pasca keguguran dan perokok segala usia
- f. Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah (Saifuddin, 2011:MK-52).

(7) Kontraindikasi penggunaan mini pil

- a. Hamil atau diduga hamil
 - b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
 - d. Menggunakan obat tuberculosi (*rifampisin*), atau obat epilepsi.
 - e. Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - f. Sering lupa menggunakan pil.
 - g. Mioma uterus. Progestin memicu pertumbuhan mioma uterus.
 - h. Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.
- (Saifuddin, 2011:MK-52).

(8) Waktu mulai penggunaan mini pil

- a. Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid.
- b. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- c. Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan.
- d. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual

selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.

- e. Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, mini pil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
- f. Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan klien telah mendapatkan haid, mini pil dapat dimulai pada hari ke 1-5 siklus haid.
- g. Mini pil dapat diberikan segera pascapersalinan.
- h. Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, mini pil dapat diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi.
- i. Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormone), mini pil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR (Nina dkk, 2013:78-79).

(9) Cara penggunaan mini pil

Cara penggunaan minipil adalah :

- a. Minum pil setiap hari pada saat yang sama.
- b. Minum pil yang pertama pada hari pertama haid.

- c. Bila klien muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, minumlah pil yang lain, atau gunakan metode kontrasepsi lain bila klien berniat melakukan hubungan seksual pada waktu 48 jam berikutnya.
- d. Bila klien terlambat minum lebih dari 3 jam, minumlah pil tersebut begitu klien ingat. Gunakan metode pelindung selama 48 jam berikutnya.
- e. Bila klien lupa 1 atau 2 pil, minumlah segera pil yang terlupa tersebut sesegera klien ingat dan gunakan metode pelindung lain sampai akhir bulan.
- f. Walaupun klien belum haid, minumlah paket baru sehari setelah paket terakhir habis.
- g. Bila haid klien teratur setiap bulan dan kemudian kehilangan 1 siklus (tidak haid), atau bila merasa hamil, temui petugas kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan

(Saifuddin, 2011:MK-54).

b) Pil kombinasi

(1) Pengertian pil kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormone esterogen dan progesterone, sangat efektif (bila diminum setiap hari). Pil harus diminum setiap hari pada jam yang sama. Pada bulan-bulan pertama, efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang. Efek samping serius sangat jarang terjadi. Pil kombinasi dapat dipakai pada semua ibu usia reproduksi baik yang mempunyai anak maupun belum mempunyai anak (Nina dkk, 2013:80).



Gambar 2.25

Alat kontrasepsi pil kombinasi

Sumber: <https://mediskus.com/wanita/cara-benar-minum-pil-kb>

(2) Jenis-jenis pil kombinasi

a. Monofasik

Pil yang terdiri dari 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen atau progestin dalam dosis yang

sama dengan 7 tablet tanpa hormone aktif tapi berisi zat besi.

b. Bifasik

Pil yang terdiri dari 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen atau progestin dalam 2 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif tapi berisi zat besi.

c. Trifasik

Pil yang terdiri dari 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen atau progestin dalam 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif tapi berisi zat besi (Nina dkk, 2013:81).

(3) Cara kerja pil kombinasi

Cara kerja pil kombinasi yaitu:

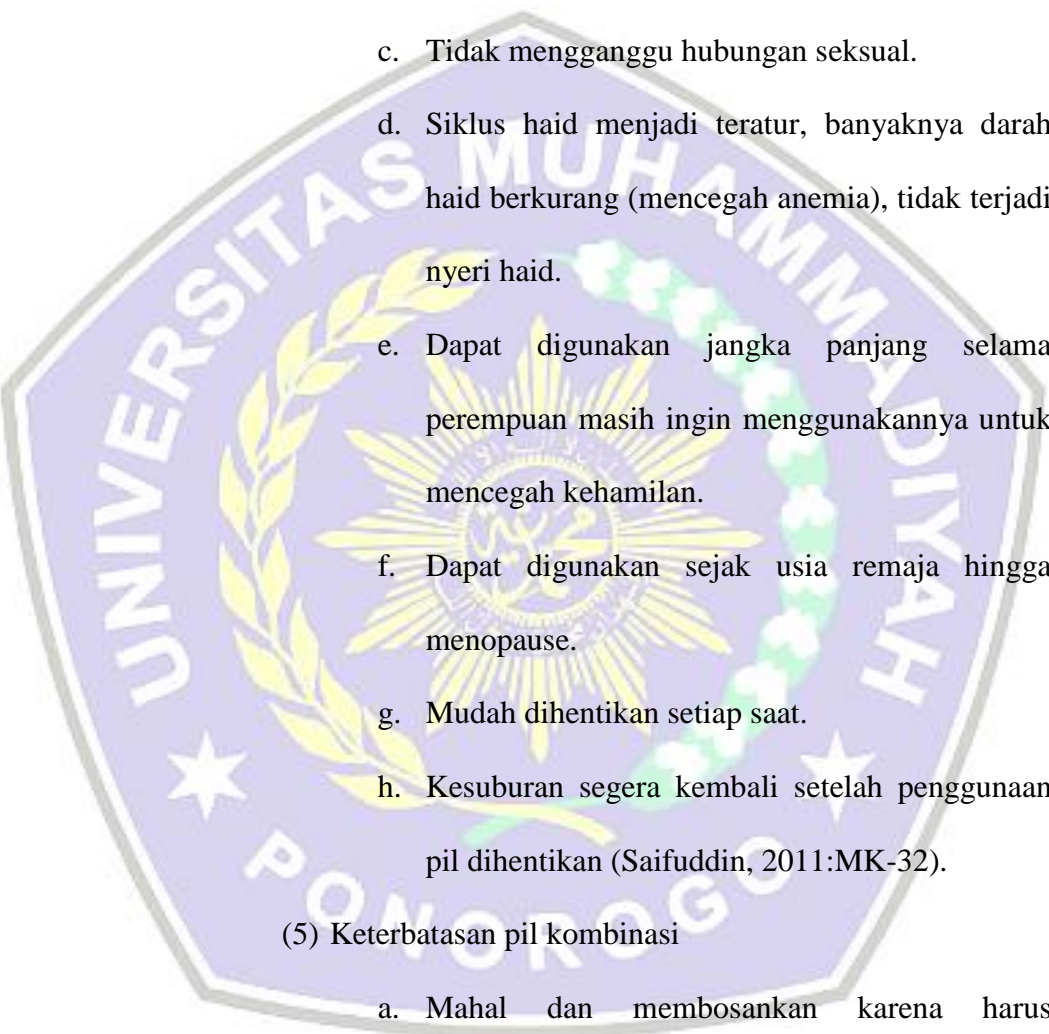
- a. Menekan terjadinya ovulasi.
- b. Mencegah terjadinya implantasi.
- c. Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.
- d. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi

telur dengan sendirinya akan terganggu pula

(Saifuddin, 2011: MK-31).

(4) Manfaat pil kombinasi

Manfaat yang terdapat dalam pil kombinasi yaitu:

- 
- a. Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila dilakukan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
 - b. Resiko terhadap kesehatan sangat kecil.
 - c. Tidak mengganggu hubungan seksual.
 - d. Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid.
 - e. Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
 - f. Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
 - g. Mudah dihentikan setiap saat.
 - h. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan (Saifuddin, 2011:MK-32).

(5) Keterbatasan pil kombinasi

- a. Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- b. Mual, terutama pada 3 bulan pertama.
- c. Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.

- d. Berat badan naik sedikit, tetapi perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- e. Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
- f. Tidak boleh diberikan kepada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
- g. Tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual), HBV, HIV/AIDS (Saifuddin, 2011:MK-32).

(6) Indikasi penggunaan pil kombinasi

- a. Usia reproduksi.
- b. Tidak memiliki anak atau belum memiliki anak.
- c. Wanita gemuk maupun kurus.
- d. Menginginkan metode dengan efektifitas tinggi.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f. Pasca keguguran.
- g. Nyeri haid yang hebat.
- h. Siklus haid tidak teratur.
- i. Anemia akibat haid yang berlebihan.

(Nina dkk, 2013:83).

(7) Kontraindikasi penggunaan pil kombinasi.

- a. Wanita hamil atau dicurigai hamil
- b. Menyusui secara eksklusif.

- c. Perokok dengan usia 35 tahun.
- d. Penyakit hati akut.
- e. Kanker payudara atau dicurigai.
- f. Tidak dapat teratur menggunakan setiap hari.
- g. Riwayat DM dan hipertensi.

(Nina dkk, 2013:84).

(8) Waktu penggunaan pil kombinasi

Waktu untuk menggunakan pil kombinasi yaitu:

- a. Setiap hari selagi haid untuk meyakinkan kalau wanita tersebut tidak hamil.
- b. Pada hari pertama haid dan setelah melahirkan.
- c. Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui.
- d. Pasca keguguran.
- e. Bila berhenti menggunakan kontrasepsi suntik dan ingin menghentikan dengan pil kombinasi.

Pil dapat segera diberikan tanpa menunggu haid

(Nina dkk, 2013:84).

(9) Cara menggunakan pil kombinasi

Cara penggunaan pil kombinasi yaitu :

- a. Sebaiknya pil diminum setiap hari, lebih baik pada saat yang sama setiap hari.

- b. Pil yang pertama dimulai pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- c. Sangat dianjurkan penggunaannya pada hari pertama haid.
- d. Pada paket 28 pil, dianjurkan mulai minum pil placebo sesuai dengan hari yang ada pada paket.
- e. Beberapa paket pil mempunyai 28 pil, yang lain 21 pil. Bila paket 28 pil habis, sebaiknya anda mulai minum pil dari paket yang baru. Bila paket 21 habis sebaiknya tunggu 1 minggu baru kemudian mulai minum pil dari paket yang baru. Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, ambil pil yang lain.
- f. Bila terjadi muntah hebat, atau diare lebih dari 24 jam, maka bila keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan, pil dapat diteruskan.
- g. Bila muntah dan diare berlangsung sampai 2 hari atau lebih, cara penggunaan pil mengikuti cara menggunakan pil lupa.
- h. Bila lupa minum 1 pil (hari 1-21), segera minum pil setelah ingat boleh minum 2 pil pada saat hari yang sama. Tidak perlu menggunakan

metode kontrasepsi lain. Bila lupa 2 pil atau lebih (hari 1-21), sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai sesuai jadwal yang ditetapkan. Juga sebaiknya gunakan metode kontrasepsi yang lain atau tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu.

- i. Bila tidak haid, perlu segera ke klinik untuk tes kehamilan (Saifuddin, 2011:MK-34).

3. Metode kontrasepsi suntik

a) Suntikan kombinasi

(1) pengertian suntikan kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo. Medroksiprogesteron asetat dan 5 mg Estradiol Sipiostat yang diberikan injeksi secara IM. Sebulan sekali (*cylofem*), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol valerat yang diberikan injeksi secara IM sebulan sekali (Saifuddin, 2011:MK-36).



Gambar 2.26

Alat kontrasepsi suntik kombinasi

Sumber: <http://klinikbidangnungputri.blogspot.com/2016/04/pemilihan-kb-suntik.html>.

(2) Cara kerja suntikan kombinasi

- a. Menekan terjadinya ovulasi.
 - b. Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
 - c. Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
 - d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- (Saifuddin, 2011:MK-36).

(3) Efektifitas suntikan kombinasi

Kb suntik 1 bulan sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

(4) Keuntungan suntikan kombinasi

a. Keuntungan kontrasepsi

Adapun keuntungan yang terdapat pada suntikan kombinasi adalah:

- 1) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
- 4) Jangka panjang.
- 5) Efek samping sangat kecil.
- 6) Pasien perlu menyimpan obat suntik.

7) Pemberian aman, efektif, dan relative mudah.

b. Keuntungan non kontrasepsi

- 1) Mengurangi jumlah perdarahan.
- 2) Mengurangi nyeri saat haid dan mencegah anemia.
- 3) Mencegah kanker ovarium dan kanker miometrium.
- 4) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista dan mencegah kehamilan ektopik.
- 5) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause.
(Nina dkk, 2013:88-89).

(5) Kerugian suntikan kombinasi

Beberapa kerugian suntikan kombinasi adalah:

- a. Terjadi perubahan pada pola haid, serta tidak teratur, perdarahan bercak atau spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
- b. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.

- c. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- d. Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obatan epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosi (rifampisin).
- e. Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, pembekuan darah pada paru-paru dan otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati.
- f. Penambahan berat badan.
- g. Tidak menjamin perlindungan terhadap IMS, hepatitis B, atau infeksi HIV/AIDS.
- h. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Saifuddin, 2011:MK-37).

(6) Indikasi penggunaan suntikan kombinasi

Adapun beberapa indikasi dari penggunaan suntikan kombinasi yaitu:

- a. Usia reproduksi.
- b. Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.

- c. Anemia dan nyeri haid hebat.
- d. Haid teratur dan riwayat kehamilan ektopik.
- e. Menyusui ASI pascapersalinan >6 bulan.
- f. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi (Saifuddin, 2011:MK37).

(7) Kontraindikasi penggunaan suntikan kombinasi

Adapun kontraindikasi dari penggunaan suntikan kombinasi adalah:

- a. Hamil atau diduga hamil.
- b. Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan.
- c. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- d. Penyakit hati akut (virus hepatitis) dan umur > 35 tahun yyang merokok.
- e. Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg).
- f. Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala ringan atau migraine.
- g. Keganansan payudara (Nina dkk, 2013:90).

(8) Cara menggunakan suntikan kombinasi

Suntikan kombinasi dapat diberikan setiap bulan, di suntikan secara IM. Suntikan yang dapat diberikan 2

hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asalkan ibu diyakini tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja (Nina dkk, 2013:92).

b) Suntikan progestin (suntikan 3 bulan)

(1) Pengertian suntikan progestin

Suntik tribulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara IM setiap tiga bulan sekali. Keluarga berencana suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian yang relative lebih tinggi serta angka kegagalan relative rendah lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana (Nina dkk, 2013:93).



Gambar 2.27

Alat kontrasepsi suntik 3 bulan

Sumber: <http://duniakebidananwanita.blogspot.com/2016/08/sap-kb-suntik-3-bulan.html>

(2) Jenis suntikan progestin (kontrasepsi tribulan)

Yang termasuk dalam metode suntikan tribulan yaitu:

- a. *Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera)*, mengandung 150 mg DPMA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan disuntikan secara IM (didaerah bokong).
- b. *Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat)*, yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan secara IM.
(Saifuddin, 2011:MK-43).

(3) Cara kerja suntikan progestin

Mekanisme metode suntik Keluarga Berencana (KB) tribulan yaitu:

- a. Mencegah terjadinya ovulasi dan mengentalkan lendir serviks.
 - b. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
 - c. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.
- (Saifuddin, 2011:MK-43).

(4) Efektivitas suntikan progestin

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Saifuddin, 2011:MK-44).

(5) Keuntungan metode suntik tribulan

Keuntungan metode suntik tribulan adalah:

- a. Efektifitas tinggi dan sederhana pemakaiannya.
 - b. Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali dalam setahun).
 - c. Cocok untuk ibu yang menyusui.
 - d. Tidak berdampak serius terhadap penyakit gangguan pembekuan darah dan jantung karena mengandung hormone esterogen.
 - e. Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, serta beberapa penyebab penyakit akibat radang panggul.
 - f. Menurunkan krisis anemia bulan sabit.
- (Nina dkk, 2013:95).

(6) Kekurangan metode suntik tribulan

Kekurangan metode suntik tribulan:

- a. Terdapat gangguan haid amenore yaitu tidak datang haid pada setiap bulan selama menjadi akseptor keluarga berencana suntik tiga bulan berturut-turut. Spoting yaitu bercak-bercak perdarahan di luar haid yang terjadi selama akseptor mengikuti keluarga berencana suntik. Metroragia yaitu perdarahan yang berlebihan di

luar masa haid. Menoragia yaitu datangnya darah haid yang berlebihan jumlahnya.

- b. Timbulnya jerawat di badan atau di wajah dapat disertai infeksi atau tidak bila digunakan dalam jangka panjang.
- c. Berat badan yang bertambah 2,3 kg pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kg selama 6 tahun.
- d. Bisa menyebabkan warna biru dan rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan bawah kulit (Nina dkk, 2013:95).

(7) Indikasi metode suntik tribulan

- a. Ibu usia reproduksi dan pascapersalinan.
- b. Ibu pasca keguguran dan ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung esterogen.
- c. Nulipara dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk KB tubektomi.
- d. Ibu yang sering lupa menggunakan KB pil dan anemia defisiensi besi.

- e. Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi dan ibu yang sedang menyusui.

(Nina dkk, 2013:96).

(8) Kontraindikasi metode suntik tribulan

- a. Ibu hamil atau dicurigai hamil.
- b. Ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- c. Diabetes militus yang disertai komplikasi.
- d. Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya (Nina dkk, 2013:96).

(9) Cara menggunakan metode suntik tribulan

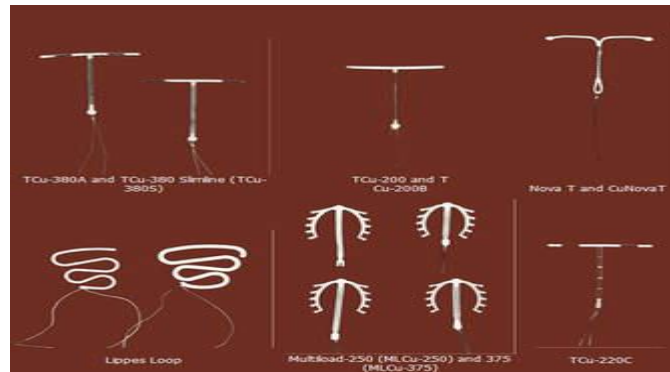
Pasien harus kembali ke tempat pelayanan kesehatan atau klinik untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 12 minggu (3 bulan) untuk DMPA atau setiap 8 minggu (2 bulan) untuk *noristerat* (Saifuddin, 2011:MK-49).

4. *Intra Uterine Device* (IUD)

a. Pengertian IUD

IUD singkatan dari *Intra Uterine Device* yang merupakan alat kontrasepsi paling banyak digunakan, karena dianggap sangat efektif dalam mencegah kehamilan dan memiliki manfaat yang relative banyak dibanding alat kontrasepsi lain. Diantaranya, tidak mengganggu saat coitus (hubungan badan), dapat digunakan sampai menopause dan setelah IUD dikeluarkan dari rahim, bisa dengan subur.

(Nina dkk, 2013:99).



Gambar 2.28

Alat kontrasepsi AKDR

Sumber: <http://media1.picsearch.com/is?44LZBakNFcIfhyT7KPeXd3EUpQNLyI6ECwMrgQGumoA&height=341>

b. Jenis kontrasepsi IUD

- 1) IUD Copper T, terbentuk dari rangka plastik yang lentur dan tembaga yang berada pada kedua lengan IUD dan batang IUD.
- 2) IUD Nova T, terbentuk dari rangka plastik dan tembaga. Pada ujung lengan IUD bentuknya agak melengkung tanpa ada tembaga, tembaga hanya ada pada batang IUD.
- 3) IUD Mirena, berbentuk dari rangka plastik yang dikelilingi oleh silinder pelepas hormone levonogestrel (hormone progesterone) sehingga IUD ini dapat dipakai oleh ibu menyusui karena tidak menghambat ASI

(Nina dkk, 2013:102).

c. Cara kerja IUD

Cara kerja kontrasepsi IUD adalah:

- 1) Cara kerja utama mencegah sperma bertemu sel telur.
- 2) Mencegah implantasi atau tertanamnya sel telur dalam rahim.
- 3) Untuk IUD Mirena ada tambahan cara kerjanya yaitu mengentalkan lendir rahim karena pengaruh hormone Levonolgestrel yang dilepasnya (Nina dkk, 2013:102).

d. Keuntungan alat kontrasepsi IUD

Berikut ini adalah keuntungan dari IUD :

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- 2) Dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 3) IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Tidak tergantung pada daya ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 6) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 7) Membantu mencegah kehamilan di luar kandungan (kehamilan ektopik).

Untuk IUD selain IUD Mirena tidak ada efek samping hormonal seperti kenaikan berat badan, flek pada kulit, flek di antara haid (spotting).
(Nina dkk, 2013:103).

e. Kerugian alat kontrasepsi IUD

1) Komplikasi yang sering terjadi:

(a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).

(a) Haid lebih lama dan banyak.

(b) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.

(c) Saat haid lebih sakit.

(b) Komplikasi yang lain:

(a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.

(b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia.

(c) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).

(d) Tidak mencegah IMS dan HIV/AIDS.

(e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.

(f) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dan memicu infertilitas.

(g) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR, seringkali perempuan takut selama pemasangan.

- (h) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- (i) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas terlatih harus melepasnya.
- (j) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan).
- (k) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- (l) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya kedalam vagina, sebagai perempuan tidak mau melakukan (Saifuddin, 2011:MK:82).

f. Indikasi penggunaan AKDR

Beberapa indikasi penggunaan AKDR yaitu:

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Keadaan nulipara.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.

- 4) Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi.
- 5) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya.
- 6) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 7) Perempuan dengan resiko rendah IMS.
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal.
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari bersenggama.
- 11) Gemuk ataupun kurus dan perokok.
- 12) Sedang memakai obat antibiotic dan anti kejang.
- 13) Penderita tumor jinak maupun ganas pada payudara.
- 14) Pusing atau nyeri kepala.
- 15) Varises kaki dan vulva.
- 16) Pernah menderita penyakit seperti stroke, DM, liver dan empedu.
- 17) Menderita hipertensi, jantung, malaria, skistomiasis (tanpa anemia), penyakit tiroid, epilepsy, atau TBC non pelvis (Marmi, 2016:275-276).

g. Kontraindikasi penggunaan AKDR

Beberapa kontraindikasi yang terdapat pada AKDR yaitu:

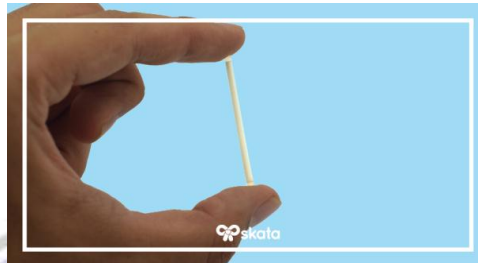
- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- 2) Perdarahan vagina yang diketahui (sampai dapat evaluasi).
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis).
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sedang menderita PRP atau abortus septic.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas.
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic dan kanker alat genital.
- 8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm. (Dyah dkk, 2011:159).

5. Implant

a. Pengertian implant

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang dipasang dibawah kulit. Implan adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon (polydimethylsiloxane) dan dipasang dibawah kulit. Sangat

efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan)
(Nina dkk, 2013:109).



Gambar 2.29

Alat kontrasepsi KB Implant

Sumber: <https://skata.info/article/detail/143/jangan-bilang-sudah-tahu-kb-implan-sebelum-baca-ini>

b. Jenis implant

Terdapat 3 jenis implant, yaitu:

1) Terdiri dari 6 batang sulastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

2) Implanon dan sinoplant

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 *keto-desogestrel* dan lama kerjanya 3 tahun.

3) Jadena dan indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg *levonorgestrel* dengan lama kerjanya 3 tahun.

(Nina dkk, 2013:110-111).

c. Cara kerja implant

Dengan dilepaskannya hormone levonoeigestrel secara konstan dan kontinyu maka cara kerja implant dalam mencegah kehamilan pada dasarnya terdiri dari :

- 1) Mengentalkan lendir.
- 2) Menghambat proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Melemahkan transportasi sperma dan menekan ovulasi (Nina dkk, 2013:112).

h. Keuntungan implant

- 1) Keuntungan implant secara kontrasepsi antara lain:
 - (1) Daya guna tinggi dan perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun.
 - (2) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan implant.
 - (3) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam dan bebas dari pengaruh esterogen.
 - (4) Tidak mengganggu hubungan bersenggama.
 - (5) Tidak mengganggu produksi ASI.
 - (6) Ibu hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.
 - (7) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan (Nina dkk, 2013:112).

2) Keuntungan implant secara non kontrasepsi antara lain adalah:

- (1) Mengurangi nyeri haid.
- (2) Perdarahan atau bercak perdarahan diantara siklus haid.
- (3) Melindungi terjadinya kanker endometrium.
- (4) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara.
- (5) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- (6) Menurunkan angka kejadian endometriosis (Nina dkk, 2013:113).

i. Kerugian implant.

Kerugian implant adalah:

- 1) Insersi dan pengeluaran harus dilakukan petugas kesehatan.
- 2) Petugas medis memerlukan latihan dan praktek untuk insersi dan pengangkatan implant.
- 3) Biaya lebih mahal.
- 4) Sering timbul perubahan pola haid.
- 5) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sehendaknya sendiri.

6) Beberapa wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.

7) Implant kadang-kadang dapat terlihat orang lain.

j. Indikasi implant

Adapun indikasi penggunaan implant yaitu:

- 1) Umur reproduksi (20-35 tahun).
- 2) Telah memiliki anak sesuai yang diinginkan atau tidak ingin menambah anak lagi tetapi saat ini belum mau menggunakan kontrasepsi mantap.
- 3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 4) Pascapersalinan dan sedang menyusui bayinya yang berusia 6 minggu atau lebih
(Nina dkk, 2013:114-115).

k. Kontraindikasi penggunaan implant

Adapun kontraindikasi penggunaan implant yaitu:

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Ada benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
- 5) Mioma uterus dan kanker payudara.
- 6) Ibu yang memiliki riwayat hipertensi dan riwayat diabetes mellitus (Nina dkk, 2013:115).

1. Cara menggunakan KB implant

- 1) Suntikan anestesi local 0,3 cc pada kulit (intramedial) pada tempat insisi yang telah ditentukan, sampai kulit sedikit menggelembung.
- 2) Teruskan penusukan jarum ke lapisan di bawah kulit (subdermal) sepanjang 4 cm, dan disuntikan masing-masing 1 cc pada jalur pemasangan kapsul nomor 1 dan 2.
- 3) Uji efek anestesiya sebelum melakukan insisi pada kulit.
- 4) Buat insisi dangkal selebar 2 mm dengan scalpel atau ujung bisturi sehingga mencapai lapisan subdermal.
- 5) Masukkan trokar dan pendorongnya melalui tempat insisi dengan sudut 45° hingga mencapai lapisan subdermmal kemudian luruskan trokar sejajar dengan permukaan kulit.

- 6) Ungkit kulit dan dorong trokar pendorongnya sampai batas tanda 1 (pada pangkal trokar) tepat berada pada luka insisi.
- 7) Lalu keluarkan pendorong.
- 8) Masukkan kapsul yang pertama ke dalam trokar dengan tangan atau dengan pinset, tadahkan tangan yang lain di bawah kapsul sehingga dapat menangkap kapsul bila jatuh.
- 9) Masukkan kembali pendorong dan tekan kapsul ke arah ujung dari trokar sampai terasa adanya tahanan.
- 10) Tahan pendorong di tempatnya dengan satu tangan, dan tarik trokar keluar sampai mencapai pangkal pendorong.
- 11) Sambil menahan ujung kapsul di bawah kulit, tarik trokar dan pendorongnya secara bersama-sama sampai batas tanda 2 (pada ujung trokar) terlihat pada luka insisi.
- 12) Kemudian belokkan arah trokar ke samping dan arahkan ke sisi lain dari kaki segitiga terbalik (imajiner), dorong trokar dan pendorongnya hingga tanda 1 berada pada luka insisi.
- 13) Cabut pendorong dan masukkan kapsul kedua, kemudian dorong kapsul hingga terasa tahanan pada ujung trokar.

14) Tahan pendorong dan tarik trokar ke arah pangkal pendorong untuk menempatkan kapsul pada tempatnya.

15) Tahan ujung kapsul kedua yang sudah terpasang di bawah kulit, tarik trokar dan pendorong hingga keluar dari luka insisi.

16) Raba kapsul di bawah kulit untuk memastikan kedua kapsul implant-2 telah terpasang baik pada posisinya.

17) Raba daerah insisi untuk memastikan seluruh kapsul berada jauh dari luka insisi (Imelda, 2018:44-45).

6. Metode barrier

a) Kondom

(1) Pengertian kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi barrier yang bekerja dengan cara mencegah kehamilan dengan mencegah masuknya sperma kedalam rongga rahim. Kebanyakan kondom terbuat dari lateks tipis, tetapi ada yang membuatnya dari jaringan hewan atau plastik (Imelda, 2018:126).



Gambar 2.30
Alat kontrasepsi kondom
Sumber: Marmi (2016: 155).

(2) Cara kerja kondom

- a. Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita.
 - b. Sebagai alat kontrasepsi.
 - c. Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transisi mikro organisme penyebab PMS
- (Marmi, 2016:158).

(3) Efektifitas kondom

Pemakaian kontrasepsi kondom akan efektif apabila dipakai secara benar dan konsisten setiap kali berhubungan seksual. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Namun ada yang menyebutkan bahwa efektifitas teoritik: 1-2 kehamilan per 100 pemakaian per tahun, sedangkan efektifitas praktek: 3-

15 kehamilan per 100 pemakaian per tahun (Marmi, 2016:158).

(4) Manfaat kondom

a. Manfaat secara kontrasepsi

- 1) Efektif bila digunakan dengan benar
- 2) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 3) Tidak mengganggu produksi ASI.
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- 5) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- 6) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- 7) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

b. Manfaat secara non kontrasepsi

- 1) Member dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB.
- 2) Dapat mencegah penularan IMS.
- 3) Mencegah ejakulasi dini.
- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahwa karsinogenik eksogen pada serviks).
- 5) Saling berinteraksi sesama pasangan.

- 6) Mencegah imuno infertilitas (Saifuddin, 2011:MK-18).

c. Keuntungan penggunaan kondom

Keuntungan penggunaan kondom adalah:

- 1) Mencegah kehamilan dan dapat diandalkan.
- 2) Memberi perlindungan terhadap penyakit-penyakit akibat hubungan seks (PMS).
- 3) Relative murah, sederhana, ringan dan disposable.
- 4) Tidak memerlukan pemeriksaan medis, supervise atau follow up.
- 5) Pria ikut serta aktif dalam program KB (Imelda, 2018:126).

d. Kerugian penggunaan kondom

Kerugian penggunaan kondom adalah:

- 1) Angka kegagalan relative tinggi.
- 2) Perlu menghentikan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasang kondom.
- 3) Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap bersenggama (Imelda, 2018:126).

e. Indikasi penggunaan kondom

1) Bagi pria

- (a) Penyakit genetalia
- (b) Sensitivitas penis terhadap secret vagina
- (c) Ejakulasi prematur

ii. Bagi pasangan pria dan wanita

- (a) Pengendalian dari pihak pria lebih diutamakan
- (b) Senggama yang jarang dan penyakit kelamin
- (c) Herpes genetalia atau kondiloma akuminata
- (d) Urethritis karena sebab apapun, termasuk yang sedang dalam terapi.
- (e) Sistitis, dysuria atau pyuria, sampai penyebabnya ditegakkan.
- (f) Metode sementara sebelum menggunakan kontrasepsi oral atau IUD.

(Imelda, 2018:126-127).

f. Kontraindikasi penggunaan kondom

- a) Setiap pria dapat memakai kondom kecuali dia atau pasangannya rentan (alergi atau sensitif) terhadap lateks.

b) Memiliki kelainan bentuk penuh (malformasi).

c) Secara psikologi pasangan tidak bisa menerima metode kondom (Marmi, 2016:161).

b) Diafragma

(1) Pengertian diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (Saifuddin, 2011:MK-21).

(2) Cara kerja diafragma

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisidi (Nina, 2013:63).

(3) Keuntungan penggunaan diafragma

Keuntungan penggunaan diafragma ini adalah:

- a. Sangat efektif (bila dipakai dengan benar).
- b. Aman dan diawasi sendiri oleh pemakai.
- c. Hanya dipakai bila diperlukan dan dapat dipakai selama haid.

- d. Tidak mempengaruhi laktasi (Imelda, 2018:110).

(4) Kerugian penggunaan diafragma

Adapun kerugian diafragma adalah:

- a. Memerlukan tingkat motivasi yang tinggi dari pemakai.
 - b. Wanita perlu memegang atau manipulasi genitalnya sendiri.
 - c. Untuk pemakaian awal, perlu intruksi dan cara pemasangan oleh tenaga klinik yang terlatih.
 - d. Menjadi mahal bila sering dipakai, disebabkan oleh biaya untuk spermisidnya.
 - e. Rasa tidak nyaman dirasakan pasangan.
 - f. Beberapa wanita mengeluh becek yang disebabkan oleh spermisidnya.
- (Imelda, 2018:111).

(5) Indikasi penggunaan diafragma

- a. Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, perokok, umur > 35 tahun.
- b. Tidak menyukai menggunakan IUD.
- c. Menyusui dan perlu kontrasepsi.
- d. Memerlukan proteksi terhadap IMS.

- e. Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode lain (Nina dkk, 2013:64).

(6) Kontraindikasi penggunaan diafragma

Kontraindikasi penggunaan diafragma yaitu:

- a. Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi.
- b. Terinfeksi saluran uretra.
- c. Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina).
- d. Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan dan ingin metode KB efektif (Nina dkk, 2013:64).

7. Metode mantap

a) Tubektomi

(1) Pengertian *tubektomi*

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Saifuddin, 2011:MK-89)

(2) Efektivitas tubektomi

- a. Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b. Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 100 perempuan).
- c. Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau okulasi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan dengan metode lain. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Saifuddin, 2011:MK-89).

(3) Manfaat tubektomi

- a. Manfaat tubektomi secara kontrasepsi
 - 1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
 - 2) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
 - 3) Tidak bergantung pada faktor senggama.
 - 4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.

5) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local.

6) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada reproduksi hormone ovarium) (Dyah dkk, 2011:163).

b. Manfaat tubektomi secara non kontrasepsi

Berkurangnya resiko kanker ovarium

(Dyah dkk, 2011:163).

(4) Keterbatasan tubektomi

a. Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.

b. Klien dapat menyesal di kemudian hari.

c. Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum).

d. Rasa sakit atau ketidaknyaman dalam jangka pendek setelah tindakan.

e. Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).

- f. Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS (Saifuddin, 2011:MK-92).

(5) Indikasi penggunaan tubektomi

Yang dapat menjalani tubektomi yaitu:

- a. Usia > 26 tahun dan Paritas > 2.
- b. Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- c. Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- d. Pasca persalinan dan pasca keguguran.
- e. Paham secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Dyah, 2011:164-165).

(6) Kontraindikasi penggunaan tubektomi

- a. Hamil sudah terdeteksi atau dicurigai.
- b. Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan hingga harus dievaluasi.
- c. Infeksi sistemik atau pelvic yang akut hingga masalah itu.
- d. disembuhkan atau dikontrol.
- e. Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- f. Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
- g. Belum memberikan persetujuan tertulis.

(Dyah, 2011:165-166).

(7) Cara kerja tubektomi

Cara kerja tubektomi atau ligasi tuba yaitu dengan mengongklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Tuba falopi adalah struktur berbentuk pipa yang menjadi jalur perjalanan telur setelah dilepaskan dari indung telur (ovarium). Setiap wanita memiliki tuba falopi sepasang, dua ujungnya melekat di sisi uterus dan dua ujung lainnya terbuka di abdomen. Panjang masing-masing tabung ini sekitar 10 cm.

(Nina dkk, 2013:121).

b) Vasektomi

(1) Pengertian *vasektomi*

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan *vasektomi* sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Saifuddin, 2011:MK-95).

(2) Jenis-jenis vasektomi

- a. *Vasektomi* tanpa pisau (VTP atau No-scalpel Vasectomy).
- b. *Vasektomi* dengan insisi skrotum (tradisional)
- c. *Vasektomi* semi permanen

Vasektomi semi permanen yakni vas deferens yang diikat dan bisa dibuka kembali untuk berfungsi secara normal kembali dan tergantung dengan lama tidaknya pengikatan vas deferens, karena semakin lama vasektomi diikat, maka keberhasilan semakin kecil sebab vas deferens yang sudah lama tidak dilewati sperma akan menganggap sperma adalah benda asing dan akan menghancurkan benda asing (Nina dkk, 2013:130).

(3) Efektivitas vasektomi

Adapun efektivitas vasektomi adalah :

- a. Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b. Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) masih adanya sperma pada

ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

c. Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan .

d. Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinannya adalah:

(a) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.

(b) Oklusi vas deferens tidak tepat.

(c) Rekanalisasi spontan.

(Saifuddin, 2011:MK-96).

(4) Kelebihan vasektomi

Kelebihan vasektomi yaitu:

a. Teknik operasi kecil yang sederhana dapat dikerjakan kapan saja.

b. Komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan.

c. Vasektomi akan mengalami klimakterium dalam suasana alami.

d. Baik yang dilakukan pada laki-laki yang tidak ingin punya anak.

- e. Vasektomi lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dan sterilisasi tubulus.
- f. Tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual.

(Nina dkk, 2013:131-132).

(5) Kerugian vasektomi

Adapun kerugian vasektomi adalah:

- a. Diperlukan suatu tindakan operatif.
- b. Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.
- c. Kontap-pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan.
- d. Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut reproduksi pria (Fitri dkk, 2018:189).

(6) Indikasi vasektomi

Vasektomi merupakan upaya menghentikan fertilitas di mana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangan serta

melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga (Dyah, 2011:170).

(7) Kontraindikasi vasektomi

Beberapa hal yang dapat menimbulkan kontra indikasi dan cara penanganannya:

a. Perdarahan

Apabila perdarahan sedikit, cukup dengan pengamatan saja. Bila banyak, hendaknya dirujuk segera ke fasilitas kesehatan lain yang lebih lengkap. Di sini akan dilakukan operasi kembali dengan anestesi umum, membuka luka, mengeluarkan bekuan-bekuan darah dan kemudian mencari sumber perdarahan serta menjepit dan mengikatnya. Setiap keluhan pembengkakan isi skrotum pascavasektomi harus dicurigai sebagai perdarahan dan dilakukan pemeriksaan yang seksama. Bekuan darah di dalam skrotum yang tidak dikeluarkan akan mengundang kuman dan dapat menimbulkan infeksi.

b. Hematoma

Biasanya terjadi bila daerah skrotum diberi beban yang berlebihan, misalnya naik sepeda, duduk

terlalu lama dalam keadaan dengan jalanan yang rusak dan sebagainya.

c. Infeksi

Infeksi pada kulit skrotum cukup dengan mengobati menurut prinsip pengobatan luka kulit. Apabila basah dengan kompres (dengan zat yang tidak merangsang). Apabila kering dengan salep antibiotic. Apabila terjadi infiltrate di dalam kulit skrotum di tempat vasektomi sebaiknya segera dirujuk ke rumah sakit. Di sini pasien akan diistirahatkan dengan berbaring, kompres es pemberian antibiotik, dan analgetika.

d. Granuloma sperma

Dapat terjadi pada ujung proksimal vas atau epididemis. Gejalanya merupakan benjolan kenyal dengan kadang-kadang keluhan nyeri. Granuloma sperma dapat terjadi 1-2 minggu setelah vasektomi. Pada keadaan ini dilakukan eksisi granuloma dan mengikat kembali vas deferens. Terjadi pada 0,1-30%.

e. Antibody sperma

Sepuluh sampai dua per tiga akseptor vasektomi akan membentuk antibody terhadap sperma. Sampai

kini tidak pernah terbukti adanya penyulit yang disebabkan adanya antibody tersebut (Nina dkk, 2013:134-136).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

1. Pengkajian Data

A. Data subyektif

Data subyektif, berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah: (Manuaba, 2010:235)

1) Biodata

a) Nama

Selain sebagai identifikasi, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Ambarwati dkk, 2008:48).

b) Usia

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011). Banyak terjadi penyulit pada kehamilan dini, seperti keguguran, persalinan premature, anemia bahkan kematian ibu. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin (Manuaba, 2010:235-236)

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan

Penelitian menunjuka bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, terkadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien sangat penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan premature dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155).

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan selama kehamilan (Marmi, 2011:155).

g) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (Romauli, 2011:163).

2) Keluhan utama

Menurut Varney (2007:538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat terlentang (Varney, 2007:539).

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus

tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Benson *et al*, 2013:234).

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron (Varney,2007:541).

d) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Morgan,2009:289).

e) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati (pirosis, ketidakmampuan mencerna asam) merupakan akibat regurgitasi gastroesofageal pada hampir 10% dari seluruh ibu hamil. Pada kehamilan lanjut, keadaan ini dapat diperberat oleh pergeseran lambung dan duodenum oleh fundus fundus uterus. Nyeri ulu hati paling sering muncul jika pasien berbaring terlentang atau membungkuk (Benson *et al*, 2013:237).

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh dasar panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Morgan, 2009:289).

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakal. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (Varney, 2007:542).

3) Riwayat kesehatan ibu

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis ibu yang memengaruhi kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana antara lain :

a) Diabetes militus tergantung insulin (IDDM)

Pengaruh terhadap penyakit diabetes terhadap persalinan diantaranya gangguan kontraksi otot rahim yang menimbulkan persalinan lama atau terlantar janin besar dan sering memerlukan tindakan operasi (Manuaba, 2010:541).

b) Hipertensi esensial

Kehamilan dengan hipertensi dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklampsia tidak murni (Manuaba, 2010:110).

c) Penyakit paru

Gangguan fungsi paru-paru yang berat dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin sampai dengan keguguran (Manuaba, 2010:337).

d) Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan kehamilan karena kekurangan zat besi. Bahaya anemia selama kehamilan yaitu : abortus, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terkena infeksi, ancaman dekompensasi kardis ($HB < 6 \text{ gr\%}$), mola hidatidosa, hipergravidarum, perdarahan antepartum (Manuaba, 2010:110).

e) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai dengan penyakit akan sangat memengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Keluhan utama yang sering terjadi adalah merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak nafas disertai kebiruan,

edema tungkai atau terasa berat saat kehamilan muda (Marmi, 2011:154). Perubahan fisiologis normal pada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita hingga 40% melebihi curah jantung pada saat tidak hamil dan berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 -24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan akan meningkatkan resiko dekompensasi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung. Wanita yang menderita penyakit jantung kelas I bahkan kelas II (Varney, *et al.* 2007:541)

f) HIV/AIDS

Transmisi vertical merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterin, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang sering terjadi pada bayi yaitu : berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan aboertus spontan (Saifuddin, 2010:933).

g) Gonorea

Infeksi gonorea tanpa disertai duh (Sekret) vagina. Ofthalmia neonatorum (Konjutivitis) yang disebabkan

oleh gonore pada waktu bayi lahir melalui jalan lahir (Saifuddin, 2009:235).

h) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Akibat terjadi demam yang tinggi menyebabkan terjadinya kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan premature, dan memudahkan infeksi pada bayi (Manuaba, 2010:335).

i) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi : rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan congenital dalam bentuk yang sama seperti : kutilan, abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat (Manuaba, 2010:340).

4) Riwayat menstruasi:

Hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah dan adanya dismenhorrea.

Selain itu, kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan. Apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011:88).

Menurut *Fraser et al* (2009:251) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus. Taksiran

partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu.

Metode ini mengansumsikan bahwa :

Ibu memiliki menstruasi dan jarak antar menstruasi yang teratur.

a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.

b) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan. Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7 \text{ b}-3 \text{ th}+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14 \text{ b}-3 \text{ th}+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah

hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau beku-

bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

5) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014:67) yaitu :

a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir (Nurhidayah, 2014:187).

b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda (Nurhidayah, 2014:482).

c) Pergerakan janin pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008:67).

d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ibu melakukan ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan ibu (Estiwidani, 2008:67).

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Estiwidani, 2008:67).

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya.

Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikososialnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi ibu (Retna, 2008:267).

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

a) Kehamilan

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko tinggi, sehingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2010:168).

b) Persalinan

Pada multigravida di kaji tentang persalinan yang lalu, sebagai gambaran koordinasi antara 3P (power, passenger, passanger). Bila pada persalinan yang lalu persalinan spontan, bayi hidup dan aterm, ini menunjukkan koordinasi 3P tersebut berjalan baik (Manuaba, 2010:197).

c) Nifas

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak umur 2 tahun. Terdapat pengeluaran lokea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lokea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lokae alba hari kesepuluh sampai ke lima belas berwarna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokea purulenta, lokea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:78).

d) Keadaan psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya, wanita mengalami banyak perubahan emosi selama masa hamil sementara ia menyesuaikan diri menjadi ibu (Retna, 2008:190).

7) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, jenis KB yang digunakan (Estiwidani dkk, 2008:87).

Pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2012:79). Untuk rencana KB yang akan datang lagi pasangan yang berusaha membatasi kehamilan dapat menggunakan metode KB yang meliputi metode sederhana (kondom, spermisida, coitus interruptus, pantang berkala) dan metode efektif (pil KB, suntik KB, susuk KB tiap tahun) (Manuaba, 2010:189).

8) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut Manuaba (2010:345), anamnesis yang dapat dilakukan pada riwayat kesehatan keluarga dapat ditanyakan mengenai latar belakang kesehatan keluarga antara lain :

- a) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit tertentu terutama penyakit menular seperti TBC dan hepatitis.
- b) Penyakit keluarga yang dapat diturunkan seperti kencing manis, kelainan pembekuan darah, jiwa, dan asma.

Riwayat kehamilan kembar kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetic atau keturunan (Saifuddin, 2010:311).

9) Pola kebiasaan sehari-hari

- a) Nutrisi

Dikaji untuk mengetahui bagaimana nafsu makannya, jumlah makanan, minuman atau cairan yang masuk (Alimul, 2014:245). Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan merasa cepat lapar (Romauli, 2011:189).

Pada trimester III nafsu makan ibu meningkat, tetapi harus mengurangi karbohidrat dan meningkatkan protein. Selain itu kurangi makanan yang manis dan asin karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan (Marmi, 2011:167). Nutrisi yang ditambahkan pada saat kehamilan :

(1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsi. Jumlah penambahan berat badan

sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Saifuddin, 2010:286).

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan oedema (Varney *et al*, 2007:543).

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, youghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2010:92).

(4) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal

masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Lalengga, 2013:98).

(5) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Lalengga, 2013:99).

Tabel 2.17

Contoh makanan ibu hamil

Bahan makanan	Kebutuhan makanan ibu hamil dalam sehari		
	Ibu hamil		
	TM I	TM II	TM III
Nasi	3 ½ piring	4 piring	3 piring
Ikan	1 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	3 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	1 ½ mangkok	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	6 gelas	6 gelas	6 gelas

Sumber: (Manuaba dkk 2007:36)

b) Eliminasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester kedua dan ketiga. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone, bisa juga disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi yang mengandung serat dan kurangnya mobilisasi/gerak. Pada akhir kehamilan, ibu akan sering berkemih karena kandung kemih akan tertekan oleh uterus akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul (Saifuddin, 2011:185).

c) Pola istirahat

Istirahat yang dibutuhkan \pm 6-8 jam/ hari, termasuk tidur siang dan malam. Posisi yang baik adalah ibu tidak melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipiilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang diatas yang lainnya dan dengan bantal diapt di antara kedua kaki (Manuaba, 2010:98).

d) Personal hygiene

Pada kehamilan telah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolostrum yang berasal dari asimus yang mulai bersekresi. Pada trimester III, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrum yang keluar lebih kental. Berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan keringat payudara (Marmi, 2011:256).

Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan (Romaui,

2011:167). Leukoria (keputihan) merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau acir yang dimulai dari trimester I, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina. Leukorea dapat disebabkan karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sbagai akibat dari peningkatan kadar esterogen. Leukorea juga dapat disebabkan oleh perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh doderlein. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan mengganti celana secara rutin (Marmi, 2011:301).

Perawatan vulva dan vagina pada wanita hamil sebaiknya tidak melakukan irigasi dalam kehamilan karena dapat menimbulkan emboli udara. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah celana dalam keadaan kering, jangan menggunakan obat atau menyemprot ke dalam vagina, sesudah BAB dan BAK dilap dengan lap kering (Marmi, 2011:235).

e) Pola aktivitas

Hal ini dikaji untuk mengetahui aktifitas yang dilakukan ibu sehari-hari, apabila aktifitas yang terlalu

berat dapat menyebabkan kelelahan akan berdampak pada perkembangan janin (Nurhidayah, 2014:190).

Tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat ia dalam posisi terlentang akan menyebabkan gangguan tekanan vena pada ekstremitas bawah sehingga menyebabkan edema dependen pada kaki. Edema dependen ini akan membatasi gerakan atau aktifitas ibu hamil. Aktivitas yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010:156).

f) Hubungan seksual

Pada trimester III libido ibu hamil menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual (Romauli, 2011:231). Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan janin. Keinginan seksual ibu hamil trimester III sudah berkurang karena beratperut yang semakin membesar dan tekniknya juga sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:149).

10) Riwayat ketergantungan

Merokok, minum alcohol dan kecanduan narkoba secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental. Pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010:122).

11) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011:169-170).

12) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011:169-170).

13) Riwayat psikososial

Dukungan selama hamil sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat apalagi bagi ibu yang pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011:211).

Trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran sang bayi, berjaga-jaga atau menunggu tanda gejala persalinan, merasa canggung, jelek, berantakan, dan

memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus wanita selama hamil (Manuaba, 2010:122).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Data ini dapat didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriteriannya adalah: 1) baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. 2) Lemah: pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia berkurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan Composmentis (Kesadaran maksimal) sampai coma (Pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70 sampai 130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nullipara dengan sistolik > 120 mmHg, beresiko mengalami preeklampsia

(Marmi, 2014:241).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit. Dapat dicurigai hipotirodisme jika denyut nadi >100x/menit (Marmi, 2011:163).

(3) Suhu

Suhu tubuh normal 36-37,5°C . bila suhu lebih dari 37,5°C harus diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:178).

(4) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan

oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Fajar, 2016:67).

d) Pemeriksaan antropometri

(1) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah >145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:173).

(2) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2012:95).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu. Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2010:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan

berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel berikut

Tabel 2.18
Indeks masa tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	>7
Gemeli		16-20,5

Sumber : Saifuddin, 2010:180

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (saifuddin, 2010:180). Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu merupakan faktor resiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu <0,34 kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi

tetapi menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2009:532).

(3) Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran Lingkar lengan atas (LILA) pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah kurang energi kronis (KEK) (Jannah, 2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah rontok atau dicabut menandakan kurang gizi atau kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010:543).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre- eklampsia (Romauli, 2011:174).

d) Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat polip atau tidak (Varney, 2007:78)

e) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

f) Gigi

Adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

g) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174)

h) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi plasma hormon paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Fungsi hormon ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (saifuddin, 2009). Hipotiroidisme sulit terdeteksi selama masa hamil adapun gejala yang muncul seperti kelelahan, penambahan berat badan dan konstipasi (Romauli, 2011:174).

i) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

j) Payudara

Terdapat hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien yang telah menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Pada wanita primigravida memproduksi kolostrum pada akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

k) Perut

Apakah ada bekas operasi atau tidak, ada striae atau tidak, ada linea nigra atau ada linea alba atau tidak. Gerakan menendang janin yang normal adalah 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin, 2010:543).

l) Genetalia

Pemeriksaan genetalia eksternal terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartolini, abses bartolini dan fibroma labium mayus). Pada saat palpasi vulva akan teraba tumor,

teraba benjolan atau penebalan labium mayus. Dan teraba pembengkakan kelenjar bartolini (Manuaba, 2012:537). Pemeriksaan pada genetalia dilakukan dengan cara mencari lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan dan memar. Bila terdapat lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014:170).

m) Ekstremitas

Ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang dapat disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada tangan, muka dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Manuaba, 2012:537).

n) Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid adalah pelebaran vena di anus, hemoroid dapat bertambah besar dalam kehamilan karena adanya bendungan darah dalam rongga panggul (Romauli, 2011:175).

3. Pemeriksaan khusus

a) Tinggi fundus uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010:100).

1. Rumus Mc. Donald

Fundus uteri diukur dengan pita/metlin. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Winknjosatro, 2008:171).

2. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.17 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.19
Perkiraan Usia Kehamilan Dalam Minggu dan TFU
Dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu= cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilicus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu= cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2009:93)

b) Tafsiran berat janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya resiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012:41) menurut rumusnya Johson tausak adalah (tinggi fundus dalam

cm-n) x 155 = berat badan (gram). Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika makan n=12, dan bila kepala dibawah spina iskiadika maka n-11.

Tabel 2.20

Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: (Manuaba, IAC., Manuaba, IBGF., Manuaba, IBG, 2010: 89).

c) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold 1

Menurut Mufliah (2014: 52-53) leopold 1 untuk mengetahui bagian janin yang ada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold 1 yaitu:

1. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
2. Periksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
3. Rahim dibawa ketengah
4. Tinggi fundus uteri ditentukan

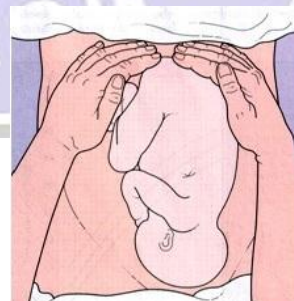
Tabel 2.21

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: (jannah, 2012:84).

5. Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Ciri-ciri kepala ialah keras, bundar dan melenting. Ciri-ciri bokong ialah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.



Gambar 2.31

Posisi Leopold I

Sumber : Manuaba, 2010:118

(b) Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu. Menurut Marmi (2011:167-168), langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold II adalah:

1. Kedua tangan pindah kesamping
2. Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak dapat di raba dengan ciri-ciri seperti keras, dan lebar seperti papan, carilah bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan atau berlawanan. Terkadang di samping teraba kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi alfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:119).



Gambar 2.32
Posisi Leopold II

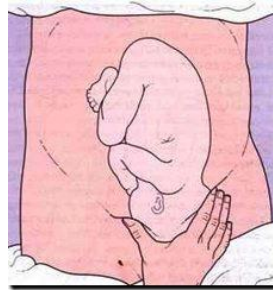
Sumber : Manuaba, 2010:119

(c) Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) tujuan pemeriksaan pada Leopold III adalah untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

1. Dipergunakan satu tangan saja
2. Bagian terbawah ditentukan antara ibu jari dari jari lainnya
3. Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan atau tidak

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian terbawah janin ini sudah atau belum masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP).



Gambar 2.33
Posisi Leopold III
Sumber : Manuaba, 2010:119

(d) Leopold IV

Tujuan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan pemeriksa divergen, sedangkan bila belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010: 119). T

Menurut marmi (2011:168) langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold IV yaitu:

1. Pemeriksa mengubah posisinya menjadi kea rah kaki penderita
2. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
3. Ditentukan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum dan seberapa masuknya bagian terbawah ke dalam rongga panggul

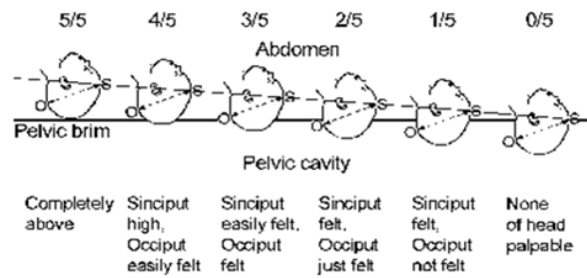
4. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar
5. Jika kedua tangan kita konvergen, maka hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
6. Jika kedua tangan sejajar, maka separuh dari kepala turun ke dalam rongga panggul
7. Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul



Gambar 2.34

Posisi Leopold IV

Sumber : Manuaba, 2010:168



Gambar 2.35
Proses penurunan kepala berdasarkan sistem perlima-an
Sumber : Winkjosastro, 2008:84

d) Pemeriksaan Osborn test

Tujuan dari pemeriksaan tes Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya disporposi kepala panggul, adapun langkah-langkah pemeriksaan tes osbron ini adalah:\

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk ke arah PAP
- (3) Apabila kepala mudah masuk maka hasil tes Osborn adalah negative (-), namun apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tojolan diatas simfisis maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan.

- (4) Apabila lebar tonjolan yang terdapat diatas simfisis lebih dari dua jari maka hasil tes Osborn adalah positif (+). Apabila benjolan kurang dari 2 jari maka hasil tes Osborn ragu-ragu (\pm). Dengan tambahnya

usia kehamilan ukuran kepala diharapkan dapat menyesuaikan dengan ukuran panggul.

- (5) Cara lain bila kepala tidak dapat masuk dan teraba benjolan diatas simfisis, maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Jika jari telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn negatif. Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka tes Osborn adalah rahu-ragu. Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka test Osborn positif (wiknjosastro, 2007:231).

e) Perlimaan

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:44), dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (Perlimaan) yaitu:







- (1) 5/5 : Kepala berada diatas PAP, kepala mudah digerakkan
- (2) 4/5 : Kepala sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (3) 3/5 : Bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (4) 2/5 : Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul

(5) 1/5 : Kepala berada didasar panggul

(6) 0/5 : Kepala berada di perenium

Tabel 2.22

Tabel Perlimaan

Perlimaan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber : (Saifuddin, Abdul Bari, 2008)

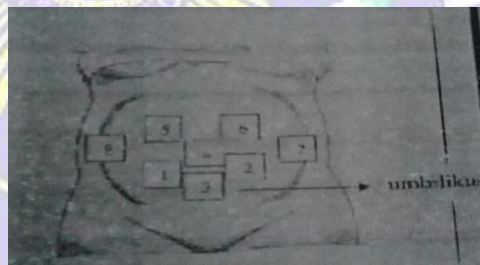
f) Aukultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012: 116). Bila denyut jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014: 188-189). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5

detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah:

1. (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal
2. (10-14-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia
3. (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima dalam 1 menit tidak boleh dari 2. Untuk letak punctum maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar berikut :



2.36

Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26

Gestasi pada posisi normal

Sumber: Wheeler, 2007

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

g) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-176) persalinan berlangsung dengan baik atau antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2 yaitu:

(a) Pemeriksaan panggul luar

- 1) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).
- 2) *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).
- 3) *Conjungata eksternal* (*baudeloque*), jarak antara pinggir atas simfisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).
- 4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simfisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

5) Distansia Tubernum

Jarak antara tuber Ischii kanan dan kiri kurang lebih 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangka. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008:17).

(b) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat mengenal bentuk panggul dalam. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (Exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os. Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

c) Pemeriksian penunjang

1. Pemeriksaan hemoglobin

Pemeriksaan Hb minimal dilakukan 2 kali selama hamil, trimester I dan trimester III. Menurut Manuaba (2010:239), hasil pemeriksaan Hb dengan

sahli dapat digolongkan sebagai berikut Hb $\geq 11\text{g\%}$ tidak anemia, Hb 9-10g% anemia ringan, Hb 7-8g% anemia sedang, Hb $<7\text{g\%}$ anemia berat (Lestari, 2016:34).

2. Pemeriksaan golongan darah

Diambil dari darah perifer, bertujuan untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga tranfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011:187-188).

3. Pemeriksaan urin

Menurut Fraser dkk (2009:255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin adalah :

- (1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, dan latihan fisik yang berlebihan.

(2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan amabang ginjal atau penyakit.

(3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

4. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini rutin pada kehamilan 18-22 minggu untuk indentifikasi kelainan janin (Prawirohardjo, 2014:281). Menurut Romauli (2011: 72) penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS=Gestational sac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI=Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.
- c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

5. Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas

dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014:190).

6. Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan atau dokter dan kehamilan resiko tinggi (KRST) dengan skor >12 di tolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12a).

2. Diagnosa kebidanan

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosa. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut diagnosa kebidanan. Dalam menentukan diagnosa kebidanan, pengetahuan keprofesionalan bidan diperlukan (Depkes RI, 2008:09).

Depkes RI (2008:09), menjelaskan diagnose kebidanan adalah kondisi pasien atau klien yang terkait dengan masalah, masalah utama dan penyebab utamanya (tingkat resiko), masalah potensial.

Diagnose : G₁/>₁PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi

puka/puki, presentasi kepala/bokong, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123). Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (heart burn), dengan kecemasan menghadapi masalah persalinan (Varney dkk, 2007:538).

3. Perencanaan

Diagnose kebidanan: G₁/P₁PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Tujuan : ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan

Kriteria : a keadaan umum baik.

b. kesadaran composmetis

c. tanda-tanda vital normal :

1) Tekanan darah : 100/70-130/90 mmHg

2) Nadi : 76-88x/menit

3) Suhu : 36,5-37,5°C

4) Respirasi Rate : 16-24x/menit.

d. pemeriksaan laboratorium.

e. Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)

f. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur

g. TFU sesuai dengan usia kehamilan

h. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556)

a) Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ bila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

b) Jelaskan tentang masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat, personal hygiene, aktivitas seksual, perawatan payudara dan senam hamil

R/ dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, agar ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta

meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128).

f) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus di persiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

g) Pesankan pada ibu untuk control ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi

Masalah potensial

a. Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Criteria : setelah tidur atau istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Marjati (2010:43):

1) Anjurkan ibu menghindari posisi tegak lurus dalam waktu yang lama

R/ mengurangi terjadinya edema

2) Anjurkan ibu menghindari pemakaian sandal atau hak yang tinggi

R/ Menekan peredaran darah sehingga darah tidak mengalir dengan lancar

- 3) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

- 4) Anjurkan pada ibu untuk menghindari pemakaian kaos kaki atau stocking atau pakaian yang ketat

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

- 5) Anjurkan pada ibu untuk senam hamil

R/ memperlancar sirkulasi peredaran darah

b. Masalah 2 : Nokturia

Tujuan :ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria : 1) ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari
2) infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kecing

R/ ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, the, softdrink

R/ bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan mengurangi setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

c. Masalah 3 : konstipasi

Tujuan : tidak terjadinya konstipasi

Kriteria :BAB lancar, konsistensi lunak

Intervensi menurut Hanni (2011:37):

1) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, makanan berserat dan sayuran dalam diet

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak padat atau keras.

2) Anjurkan ibu minum panas/dingin (terutama ketika perut kosong)

R/ dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB.

3) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

R/ berperan besar dalam menentukan defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

d. Masalah 4 : hemoroid

Tujuan : tidak terjadi hemoroid

Kriteria : 1) BAB lancar, konsistensi lunak
2) BAB tidak nyeri

Intervensi menurut Eny (2009:35)

- 1) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan berserat untuk menghindari konstipasi

R/ makanan berserat menjadikan feses tidak terlalu keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat BAB

R/ mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- 3) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- 4) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat

R/ hangatnnya air tidak hanya memberikan kenyamanan tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

e. Masalah 5 : kram kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram kaki.

Kriteria : ibu mampu mengatasi agar kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Ika dkk (2010:112) :

1) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/ senam hamil dapat memperlancar peredaran darah

2) Anjurkan ibu untuk sering melakukan jalan pagi setiap hari.

R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar

3) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat

R/ aktivitas berat dapat memicu terjadinya peredaran darah yang tidak lancar

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama dan tidak menggunakan hak tinggi

R/ mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

f. Masalah 6 : Sesak nafas

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria : 1) frekuensi pernafasan 16-24x/menit
2) ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Serri (2013:152) :

- 1) Anjurkan ibu senam hamil teratur
R/ untuk merelaksasikan otot
- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi
R/ menghindari penekanan diafragma
- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menghisap asap rokok
R/ agar pernafasan ibu tidak terganggu
- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja berat
R/ aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂

g. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya sehingga ibu tidak cemas

- Kriteria : 1) Pusing berkurang
- 2) kesadaran komposmentis
- 3) tidak terjadi jatuh atau hilang kesadaran

Intervensi menurut Marmi (2014:142)

- 1) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis

- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh pada saat bangun tidur

- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

- 4) Jelaskan kepada ibu untuk menghindari posisi terlentang

R/ agar sirkulasi O₂ ke otak lancar

h. Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008:432) :

- 1) Tekuk kaki pada saat membungkuk ketika mengangkat apapun lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit kedepan kaki yang lain saat menekukkan kaki.

R/ menekukkan kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit kedepan kaki yang lain akan member jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

- 3) Anjurkan ibu tidur untuk miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

- 4) Gunakan sepatu dengan hak rendah.

R/ sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

i. Masalah 9 : Panas dan nyeri ulu hati (heart burn)

Tujuan : tidak terjadi hearth

Kriteria : 1) tidak kembung

2) ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut sulistyawati (2012:105) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (heart burn) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering
R/ untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas

R/ karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

4) Hindari rokok, kopi, alcohol dan cokelat

R/ karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

j. Masalah 10: insomnia

Tujuan : ibu dapat tidur dan istirahat dengan baik

Kriteria : 1) ibu tampak tenang dan rileks
2) ibu dapat tersenyum
3) suami dan keluarga member dukungan

Intervensi menurut Saifuddin (2008:144) :

1) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tentukan pola tidur saat ini.

R/ membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

2) Evaluasi tingkat kelelahan ibu

R/ peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya pada multipara.

- 3) Kaji terhadap kejadian insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, seperti teknik relaksasi, membaca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum istirahat.

R/ Ansietas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

- 4) Perhatikan kesulitan bernafas karena posisi, anjurkan pada posisi semi fowler.

R/ pada posisi recumbent, pembesaran uterus, serta organ abdomen menekan diafragma, sehingga membatasi ekspansi paru. Penggunaan posisi semi fowler memungkinkan diafragma menuru, membantu mengembangkan ekspansi paru lebih optimal.

- 5) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar hemoglobin (Hb).

R/ anemia dan penurunan kadar Hb/ SDM/ vertigo, mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta memengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- 6) Rujuk ibu untuk konseling apabila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ mungkin ibu perlu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang terjadi dan memodifikasi komitmen.

- 7) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III

R/ agar ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus pada trimester III.

k. Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises dan varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat virus

Intervensi menurut Manuaba (2010:245) :

- 1) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

- 2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

- 3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

- 4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ Latihan ringan dan berjalan teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi

- 5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

1. Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : Ibu tampak tenang dan rileks

Intervensi menurut Varney *et al* (2007:503-504) :

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

- 2) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

- 3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

4. Implementasi

Pada langkah keenam ini adalah rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang bidan dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan di kerjakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat (Dewi P.S, 2013).

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan criteria sebagai berikut:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiriual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (Inform Consent).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.

- e. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- f. Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan.
- g. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- h. Melakukan tindakan sesuai standar.
- i. Mencatat semua hasil tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008:48).

6. Dokumentasi

Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan menggunakan SOAP yaitu:

S : Subyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis.

O : Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : Asesment atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi:

- a) Diagnosa atau masalah.
- b) Antisipasi diagnose atau masalah potensial
- c) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter konsultasi atau kolaborasi .

P : Plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa (Estiwidani, 2008:48).

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1. Pengkajian data

A. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159)

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun

mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan di atas usia 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinana lama dan kematian janin (Varney, 2008:566).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan

Peneliti menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155). Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga)

dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semain tuannya kehamilan. Wanita karier yang hamil berhak mendapatkan cuti selama 3 bulan, diambil 1 bulan sebelum persalinan dan 2 bulan setelah persalinan (Manuaba 2010:117-120)

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (Romauli, 2011:163).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba dkk, (2010:173) tanda-tanda persalinan yaitu:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

d) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

(a) His semakin kua, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

(b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat menstruasi

a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1 (Marmi, 2011 : 123).

4) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk dan berpulang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang

mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010:769).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, et.al, 2009:322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti

retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala 4 dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba dkk, 2012:240).

d) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Fraser, et.al, 2009:371).

e) Diabetes militus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser,et.al, 2009:338)

5) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya,

akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba dkk, 2012:201).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu: satu kali pada saat trimester I, satu kali pada saat trimester dua, dan dua kali pada trimester III. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi dan fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba dkk, 2010:173-174).

6) Riwayat keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158).

7) Pola fungsi kesehatan

a) Nutrisi

Ibu diperbolehkan mengonsumsi makan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energy. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan ibu mengalami peningkatan risiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser dan Cooper, 2009:451). Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Mortalitas dan absorbs lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama

persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak di pengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dalam lambung tetap seperti biasa (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008:686-687).

b) Eleminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresik diantara gelang pelvic dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser, et.al, 2009:485). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2008:55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang

dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2008:56).

c) Personal hygiene

Bagi ibu yang sedang berada proses persalinan normal, mandi air hangat (Birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (fraser dan cooper, 2009:442)

d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Yuliananingsih, 2016).

e) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar,2012:77)

8) Riwayat kebiasaan

a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dn

melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011:156).

b) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

c) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011 : 156)

9) Riwayat psikososial dan budaya

Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2010:77).

B. Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, keasadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana seikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang (Romauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran pasien dapat dilakukan dengan penkajian derajat kesadaran dari keadaan *Composmentis* (kesadaran penuh) sampai *Coma* (pasien tidak sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama koordinasi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney,2008:686).

(2) Nadi

Perubahan nadi yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan (Varney, 2008:687).

(3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C. mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Varney, 2008:687).

(4) Pernafasan

Menurut Manuaba (2010:207), peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

(5) Antropometri

a. Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

b. Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2010:532).

c. LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm.

Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang

kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romaui, 2011:173).

2. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romaui, 2011:174).

2) Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney, 2007:693).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, nila merah kemungkinan ada

konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 200:174).

4) Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat polip atau tidak (Varney, 2007:78)

5) Mulut dan gigi

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies, gingivitis, dan sebagainya. Bila kerusakan-kerusakan gigi ini tidak diperhatikan dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan komplikasi seperti sepsis puerperalis karena infeksi di rongga mulut (Wiknjastro, 2009).

6) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

7) Payudara

Adanya hiperpigmentasi aerola, putting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronkhi (Romauli, 2011:175).

8) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum masuk puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008:42-43). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifuddin,

2008:106). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapertum awal (Varney et all, 2007:687).

9) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, =2010:173). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau masa termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Wiknjosastro,2008:45).

10) Anus

Perenium mulai menonjol dan anus mulai membuka.

Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46).

11) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeclampsia. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

3. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

(1) Pemeriksaan Leopold

a. Leopold 1

Menurut Muflihah (2014: 52-53) leopold 1 untuk mengetahui bagian janin yang ada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold 1 yaitu:

1. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

2. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
3. Rahim dibawa ketengah
4. Tinggi fundus uteri ditentukan

Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Ciri-ciri kepala ialah keras, bundar dan melenting. Ciri-ciri bokong ialah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

b. Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu. Menurut Marmi (2011:167-168), langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold II adalah:

1. Kedua tangan pindah kesamping
2. Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak dapat di raba dengan ciri-ciri seperti

keras, dan lebar seperti papan, carilah bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan atau berlawanan. Terkadang di samping teraba kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi alfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (manuaba, 2012:119).

c. Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) tujuan pemeriksaan pada Leopold III adalah untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

1. Dipergunakan satu tangan saja
2. Bagian terbawah ditentukan antara ibu jari dari jari lainnya
3. Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan atau tidak

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian terbawah janin ini sudah atau belum masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP).

d. Leopold IV

Tujuan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan pemeriksa divergen, sedangkan bila belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010: 119). Menurut marmi (2011:168) langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold IV yaitu:

1. Pemeriksa mengubah posisinya menjadi kearah kaki penderita
2. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
3. Ditentukan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum dan seberapa masuknya bagian terbawah ke dalam rongga panggul

4. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar
5. Jika kedua tangan kita konvergen, maka hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
6. Jika kedua tangan sejajar, maka separuh dari kepala turun ke dalam rongga panggul
7. Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul

(2) Penurunan kepala


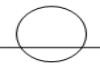
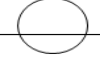



Penurunan kepala atau bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:42),. Penurunan kepala janin dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.23
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala dia atas PAP, mudah digerakkakn
4/5	HI-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	HI-III	Bagian erbesar belum masuk panggul
2/5	HIII+	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	HIII-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin, Abdul Bari, 2008:104)

Tabel 2.24
Tabel Perlimaan

Perlimaan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber : (Saifuddin, Abdul Bari, 2008:104)

(3) Tinggi fundus uteri (TFU)

Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan

dalam minggu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.25

Perkiraan usia dalam minggu dan TFU dalam Cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam (Cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Terabab diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisi pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah anantara umbilicus dan prosessus xifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus xifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014:93).

(4) Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adala sebagai berikut:

$$(\text{TFU (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}.$$

Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka n

= 12, bila kepala dibawah spina iskiadika maka n =

11 (Romaulli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengenai

taksirab berat janin dapat dilihat dalam tabel

berikut:

Tabel 2.26

TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: (Manuaba, 2012:89).

b) Auskultasi

Denyut jantung berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160/menit (Fraser, 2009:261).

Lokasi punctum maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin. Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua.

Untuk wanita dengan kehamilan beresiko, evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit selama kala satu dan 5 menit pada kala dua (Lenovo, 2009:147-148).

c) His

Menurut Saifuddin (2009:289:290) Amplitudo uterus terus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir kala I dan

frekuensi his menjadi 2-4 kontraksi tiap 10 menit. Juga durasi his meningkat dari 20 detik pada perubahan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II.

d) Pemeriksaan dalam

Menurut Cunningham (2009) perhatian cermat terhadap hal-hal berikut:

(1) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis serviks berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50% mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disapukan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter.

(3) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

(4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis

(5) Bidang hodge

Menurut Manuaba (2010), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

1. Pemeriksaan penunjang

a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress meternal jika semua energy yang ada telah terpakai.

Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia (Fraser et al, 2009:453).

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187).

2. Diagnosa kebidanan

G₁P₀>, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II:

a) Kala 1 fase laten dengan kemudian masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:718-719).

b) Kala I aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).

c) Kala II dengan kemungkinan masalah : kekurangan cairan, infeksi (Wiknjosastro, 2008:93), kram tungkai (Varney, 2007:722).

d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

e) $P \geq 1$ kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu:

1. Retensio plasenta
2. Avulse tali pusat
3. Plasenta tertahan

f) $P \geq 1$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu:

1. Atonia uteri
2. Robekan vagina, perineum atau serviks
3. Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

Diagnosa $G \geq 1 P_0 > UK$ 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

Kriteria :

- a) KU baik, kesadaran composmentis
- b) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

- c) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- d) Kala I pada primigravida 12 jam, pada multigravida 6 jam
- e) Kala II pada primigravida 2 jam, pada multigravida 1 jam
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.

- h) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan < 500 cc

Kala I

Intervensi :

- 1) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ Ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai untuk kelancaran proses persalinan

- 2) Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan perlengkapan, bahan-bahan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir

- 3) Mempersiapkan rujukan

R/ apabila terjadi kegawatdaruratan dan perlu untuk rujukan

- 4) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

Anjurkan agar ibu selama persalinan didampingi oleh keluarganya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir

dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung

R/ ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan

- 5) Anjurkan ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persediaan mengejan

R/ persiapan energi untuk mengejan

- 6) Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri

R/ Mempercepat proses penurunan kepala janin

- 7) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ Mempercepat penurunan kepala janin

- 8) Observasi TTV

(a) DJJ setiap 30 menit sekali

(b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit

(c) Nadi setiap 30 menit

(d) Pembukaan serviks setiap 4 jam sekali atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

(e) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam

(f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali

R/ untuk mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

9) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih setiap 2 jam

R/ Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his

10) Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf (Handayani, 2010:37).

Kala II

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal Wiknjosastro (2008:79-97) :

1) Mengenali tanda dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

(a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

(b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus

(c) Perineum menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ persiapan alat, fisik dan mental akan membantu

koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan.

Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan eras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

(a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi

(b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam pertus set

3) Pakai celemek plastic

R/ Celemek merupakan penghalang atau barrier antara

penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling utama untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2006:U-14).

- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular untuk darah (Varney, 2008:117).

- 6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan disinfeksi tingkat tinggi atau steril (2009:80).

- 7) Bersihkan vulva dan perenium, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

R/ Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu (Ambarwati, 2010:54).

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan bayi baik

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture persio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal (Wiknjosastro,2009:83).

(a) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap

(b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian

lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan

R/ Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman ditangani dan dibersihkan oleh petugas. Cuci tangan penting untuk mencegah infeksi (Wiknjosastro, 2009:19).

10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

R/ Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 160x per menit (JNPK-KR, 2008:41).

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava inferior ibu. berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan

ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

- 12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Wiknjosastro, 2008:84).

- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunya pasokan oksigen melalui plasenta (Wiknjosastro, 2008:81).

- (a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif

- (b) Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara meneran tidak sesuai
 - (c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - (d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum disela-sela kontraksi
 - (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
 - (f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum)
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda
 - (h) Seger rujuk apabila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam meneran untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam untuk multigravida)
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010:82).

15) Persiapkan pertolongan kelahiran janin

R/ Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong

16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi sudah di vulva dengan diameter 5-6 cm

R/ Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi (JNPK-KR, 2008:77)

17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dibagian bawah bokong ibu

R/ Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala (Wiknjosastro, 2009:89).

18) Buka tutup pertus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ Ketidaklengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa (Wiknjosastro, 2009:53).

19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah (Varney, 2007:117)

20) Persiapan pertolongan kelahiran

R/ Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung diri (JNPK-KR, 2008:76).

Kelahiran kepala

21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjastro, 2008:89).

22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera proses kelahiran bayi

(a) Jika tali pusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

R/ Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008:1146)

23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara spontan

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul (Varney, 2007:1147)

Lahirnya bahu

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya his. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan

gerakan ke arah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula atau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi (Varney, 2007:1153)

Lahirnya badan dan tungkai

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangg kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku dan tangan bahu belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum (Varney, 2007:1148)

26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya

R/ Tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa

dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan jari-jari anda (Varney, 2007:1148)

Penanganan bayi baru lahir

27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu :

- (a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif
- (c) Apakah kulit bayi berwarna merah

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjastro, 2008:152).

28) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering

R/ Bayi dengan hipotermi, sangat beresiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian (JNPK-KR, 2008:96).

29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus ibu

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen pada bayi. Hati-hati jangan menekan kuat pada korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta (Marmi, 2016:262).

30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney, 2007:117).

31) Dalam 1 menit setelah bayi lahir lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin)

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah (Marmi, 2016:262).

32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 2 cm distal dari klem pertama

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro, 2008:126).

33) Pemotongan dan ikat tali pusat

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro, 2008:126).

(a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

(c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan (larutan klorin)

34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakkan bayi tengkurap didada ibu. luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu

usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja atau tempat tidur di area antara kaki ibu (Varney, 2007:1154).

35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Bagian kepala bayi memiliki luar permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup (Wiknjosastro, 2009:129).

Kala III

36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi (Marmi, 2016:263).

37) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain untuk menegangkan tali pusat

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro, 2009:100).

38) Setelah terus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain ats (dorso karnial) secara hati – hati (untuk mencegah inervia uteri). Jika plasenta tida lahir setelah 30 – 40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversion uteri (Wiknjosastro, 2009:102).

Mengeluarkan Plasenta

39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso karnial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso karnial)

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Marmi, 2016:263).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dan melahirkan plasenta

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

2. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

3. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

4. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

5. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

6. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sia selaput kemudian gunakan jari- jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang teringgal.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir (Marmi, 2016:264).

Rangsangan Taktil (Masaese Uterus)

41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan meingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri (Wiknjastro, 2009:106).

42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membrane telah dilahirkan seluruhnya (Varney, 2007:1162).

43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan prineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

R/ Periksa sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan

Kala IV

Melakukan prosedur pasca salin (Wiknjosastro, 2008:114-121)

44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

R/ Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta (Wiknjosastro, 2009:107).

45) Biarkan bayi melakukan kontrak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

R/ Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu. kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi (Wiknjosastro, 2009:131).

46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

R/ Dari hasil pemeriksaan, bidan memastikan tingkat kesejahteraan bayi baru lahir dan mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dan masalah yang sedang terjadi (Varney, 2008:915).

47) Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tets mata antibiotik, profilaksi dan vitamin K₁ berikan 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hpatitis B di paha kana anterolateral

R/ Vitamin K₁ injeksi 1 mg intramuskular untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Imnunsiasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Wiknjosastro, 2009:140).

(a) Letakkan bayi didalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan

- (b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.

R/ Kontraksi uterus yang baik dapat mengurangi dan mencegah terjadinya perdarahan pervaginam

(a) 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi

R/ Jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik

(Wiknjosastro, 2009:107).

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu (Wiknjastro, 2009:115).

51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum

R/ Monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayati, 2010:94).

(a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60s/menit) serta suhu normal (36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$).

R/ Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi (Wiknjastro, 2009:127)

53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ Mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wiknjosastro, 2009:17).

54) Buang bahan – bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

R/ Jika tidak dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat (Wiknjosastro, 2009:31).

55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, 2007:719).

56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu membersihkan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ Pemberian ASI secara dini bisa merangsang produksi ASI , memperkuat reflek menghisap bayi (Wiknjosastro, 2009:132).

57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ Dekontaminasi adalah langkah penting pertama untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi (JNPK-KR, 2008:22).

58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ Prosedur ini dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV (JNPK-KR. 2008:22)

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010:U-14).

Dokumentasi

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

R/ Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008:55).

Kemungkinan masalah dalam persalinan :

1. Masalah kala I

a. Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:120) :

1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/: Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/: Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/: Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b. Nyeri punggung

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria : 1) Nyeri punggung berkurang
2) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:87) :

1) Hadirkan orang terdekat ibu.

R/: Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala dan lengan.

R/: sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

3) Berikan usapan punggung

R/: Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/: Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/: Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki *anoreksia* jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

c. Kala 1 lama

Tujuan : kala 1 lama tidak terjadi

Kriteria :

- a. pembukaan serviks lebih dari 4 cm setelah 8 jam
- b. kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik)

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:112) :

- 1) Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/: Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan agar ibu dan keluarga tahu tentang kondisinya saat ini

- 2) Persiapan perlengkapan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan

R/: Dengan melakukan persiapan terlebih dahulu akan mempermudah apabila terjadi masalah saat persalinan

- 3) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin pada lembar partograf

R/: Agar mengetahui kondisi pasien dan mendeteksi kemungkinan terjadinya komplikasi

- 4) Anjurkan ibu untuk melakukan posisi miring kiri

R/: Agar suplai oksigen lebih mudah dan mempercepat proses penurunan kepala

- 5) Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih,

R/: Dengan mengosongkan kandung kemih, tidak akan mengganggu penurunan kepala janin.

2. Masalah kala II

- a. Kekurangan cairan (Wiknjosastro,2008:88)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100x/menit

b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:88):

- 6) Anjurkan ibu untuk minum.

R/: Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- 7) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G berikan RL, atau NS 125cc/jam.

R/: pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- 8) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/: rujukan dini pada ibu dengan kurang cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b. Infeksi (Wiknjosastro, 2008:90).

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Criteria: a)nadi dalam batas normal (76-100x/menit)

b) suhu 36-37,5°C

c) KU baik

d)cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:90) :

1) Baringkan miring ke kiri.

R/: Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

2) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.

R/: Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral.

R/: Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- 4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik.

R/: Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

- c. Kram tungkai (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007:722).

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

- 1) Luruskan tungkai ibu.

R/: Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas darah.

- 2) Atur posisi *dorsofleksi*.

R/: Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

- 3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai.

R/: tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

d. Kala II lama

Tujuan : kala II lama tidak terjadi

Kriteria :

- a. Posisi janin normal atau presentasi kepala
- b. Pada primigravida berlangsung 1,5 ja, dan multigravida berlangsung 30 menit
- c. Kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik)

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:121) :

1) Hitung TBJ

R/: Untuk memperkirakan proses

2) Mengajarkan ibu cara-cara mengejan yang benar bila ada his

R/: Dapat membantu penurunan kepala

3) Kontrol DJJ antara 2 his penurunan kepala dan keadaan umum ibu

R/: Mengetahui fetal distress dan mengetahui kemajuan persalinan

4) Pimpin ibu untuk mengejan saat puncak his

R/: Dengan kekuatan mengejan yang benar akan mendapat hasil optimal atau bayi segera lahir

- e. Bayi cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007) tentang standar asuhan kebidanan.

Tujuan : dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria: bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi :

- 1) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/: tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- 2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang relative hangat.

- 3) Bounding attachment dan lakukan IMD.

R/: Bounding attachement dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- 4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg.

R/: vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intracranial.

5) Berikan salep mata.

R/: salep mata sebagai profilaksis

3. Masalah kala III.

a. Retensio plasenta (Wiknjastro,2008:114).

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:114) :

1) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan hebat, pasang infuse menggunakan jaru, besar(ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 UI oksitosin.

(a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjutan.

(b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manua ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan fasilitas kegawatdaruratan obstetric.

2) Damping ibu ke tempat rujukan.

3) Tawarkan bantuan walaupun iu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b. Terjadinya avulsi tali pusat

Tujuan : tidak terjadi avulsi

Kriteria : tali pusat utuh.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta terlepas, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
- 4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

4. Masalah kala IV.

- a. Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:107-113)

Tujuan : atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : kontraksi uterus baik, keras dan bundar serta perdarahan < 500cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:107-113) :

1. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.
2. Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE).

Berikan suntikan 0,2 mg Ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

3. Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
4. Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah.
5. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b. Robekan vagina, perineum, dan serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat terjahit.

kriteria : Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik serta perdarahan < 500 cc.

Intervensi :

1. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi timbul.
2. Jika terjadi laserasi derajat I dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat II lakukan penjahitan.

3. Jika laserasi derajat III atau IV atau robekan serviks:

- a. Pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL atau NS.
- b. Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.
- c. Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan kegawatdaruratan obstetric.
- d. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

4. Implementasi

Menurut kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiriual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (Inform Consent).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

- f. Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan.
- g. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- h. Melakukan tindakan sesuai standar.
- i. Mencatat semua hasil tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

6. Dokumentasi

Kemkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang

tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.2.3 Konsep dasar asuhan kebidanan pada masa nifas

1. Pengkajian Data

A. Data Subyektif

1) Biodata

a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati,2010:131).

b. Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya. Sedangkan usia lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati,2010:131).

c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdoa (Ambarwati,2010:132).

d. Pendidikan

Dikaji karena berpengaruh terhadap tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikan (Sulistyowati,2009).

e. Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena dengan ini juga memengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati,2010:132).

f. Alamat

Ditanyakan karena untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati,2010:132).

5) Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati,2010:132).

Menurut Varney, et al (2008:974-977) keluhan yang sering terjadi pada masa nifas ialah:

(a) Nyeri setelah lahir (After pain)

Nyeri setelah lahir disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan terus tetap berkontraksi.

(b) Keringat berlebihan

Wanita pasca salin mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

(c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susumeningkat, pada sekitar hari ke-3 pasca persalinan baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui.

(d) Nyeri luka perenium

Beberapa tindakan kenyamanan perenium dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

(e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perenium.

(f) Hemoroid

Wanita yang mengalami hemoroid mungkin merasa nyeri selama beberapa hari. Pada persalinan dapat menjadi odema selama ibu mendorong bayi pada kalai

II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

6) Riwayat menstruasi

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

7) Riwayat obstetric

(a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah aboertus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati, 2010:133).

(b) Riwayat kehamilan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada nifas saat ini (Ambarwati, 2010:134).

8) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan jenis apa, berapa lama, ada keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas (Wulandari, 2011:58).

9) Riwayat kesehatan

(a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, DM, Hipertensi, Asma, TBC yang dapat memengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati, 2010:133).

(b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya seperti :

1. Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah

persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

2. Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

3. Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

4. Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

5. Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

- (a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai (Ambarwati, 2010:133)

10) Data fungsional kesehatan

Data riwayat kesehatan dapat digunakan untuk mengingatkan adanya penyulit masa nifas (Sulistyawati, 2009:113-118).

a. Pola nutrisi

1) Makan

Hal ini perlu diketahui untuk menggambarkan bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. Beberapa hal yang perlu dikaji antara lain:

Menu (berkaitan dengan pola diet seimbang bagi ibu post partum), frekuensi (berkaitan dengan petunjuk seberapa banyak asupan makanan yang di makan), banyak (berkaitan dengan informasi

tentang seberapa banyak makanan yang ibu makan dalam satu kali waktu makan), pantangan (penting untuk ditanyakan karena ada kemungkinan pasien berpantang makanan yang justru sangat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya: daging, ikan, telur).

2) Minum

Hal ini perlu diketahui untuk memperoleh data mengenai kebiasaan pasien dalam pemenuhan kebutuhan cairannya, terutama pada masa nifas intake, sangat dibutuhkan cairan yang cukup. Yang perlu dikaji anatar lain:

Frekuensi (berapa kali pasien minum dalam sehari dan dalam sekali minum dapat habis berapa gelas), jumlah (frekuensi minum dikalikan seberapa banyak pasien minum dalam sekali minum akan diperoleh intake cairan dalam sehari).

3) Eleminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu : kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah.

4) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu post partum. Pemenuhan kebutuhan istirahat pada siang hari sangat penting untuk mempercepat pemulihan kondisi fisik, dan istirahat malam hari rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam.

b. Aktivitas sehari-hari

Menggambarkan seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien dirumah. Jika terlalu berat dapat menyebabkan perdarahan pervaginam.

c. Personal hygiene

Personal hygiene dapat memengaruhi kesehatan ibu dan bayinya. Hal yang dapat dilakukan dalam perawatan kebersihan diri yaitu: mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, kebersihan kuku

d. Aktivitas seksual

Hal yang perlu dikaji yaitu:

Frekuensi : berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

Gangguan : apakah mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan

11) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Marmi (2015:113-114), membagi fase nifas menjadi 2 bagian yaitu:

a. Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungan.

b. Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c. Fase letting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah

dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

12) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh. Termasuk pembuluh darah pada uterus yang dapat menghambat involusi, sedangkan alkohol dan narkoba dapat mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan gangguan proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2008:122).

13) Riwayat sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:84), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan yaitu:

- a. Menghindari makanan berprotein, seperti : telur, ikan, daging, dan sebagainya.
- b. Menggunakan bebet perut pada saat masa nifas (2-4 jam pertama).
- c. Menggunakan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama). Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, postur tubuh pada saat diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (apakah cenderung membungkung, lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011: 225) .

b. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik maupun diastolic, yang akan kembali normal seperti sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, Kreibs, Gegor, 2007:961).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat akan kembali normal setelah beberapa jam postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengurangi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100x/menit selama puerperium mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum (Varney et all, 2007:961).

3) Suhu

Suhu diatas 38°C yang terjadi diantara hari ke 2-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperium*.

Kenaikan suhu tubuh pada saat masa nifas dianggap sebagai infeksi masa nifas yang tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:88).

4) Pernafasan

Nafas ibu pendek, cepat atau ada perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisii seperti kelelahan, eksaserbasi, asma, dan embolus paru (Varney,2008).

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema pada muka atau edema

seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010:543).

c. Mata

Bentuk mata simetris, konjuntiva merah muda, sclera berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009:154).

d. Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat polip atau tidak (Varney, 2007:78)

e. Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

f. Leher

Leher normal tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada pembengkakan limfe dan tidak ada bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

g. Aksila

Normal jika tidak ada nyeri tekan, tidak pemebesaran nodus limfe, dan tidak ada benjolan abrnomal (Romauli, 2011:178).

h. Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

i. Payudara

Pemeriksaan payudara yaitu puring susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti atau tidak, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014:124).

j. Abdomen

Pemeriksaan pada abdomen yaitu : posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014:124).

k. Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas dan bau lokea. Selain itu pada genetalia yang harus diperiksa ialah pengeluaran lokea. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2008:125).

l. Ekstremitas

Flagmasi alba dolens yang merupakan salah satu infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada

tungkai, berwarna puih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012:148).

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan HB (hemoglobin) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut Hb $\geq 11g\%$ tidak anemia, Hb 9-10g% anemia ringan, Hb 7-8g% anemia sedang, Hb $< 7g\%$ anemia berat (Manuaba, 2010:239).

2. Diagnose kebidanan

Diagnosa PAPIAH.....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak (Sulistyawati, 2009:156). PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar, lokea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perenium, after pain, pengembangan payudara (Varney et all, 2007).

3. Perencanaan

Diagnose : PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar, lokea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminai, nyeri luka jahitan

perenium, after pain, pengembangan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan : Masa nifas dapat berjalan dengan normal tanpa adanya penyulit bagi bayi dan ibu

Kriteria menurut Manuaba, 2010:114

- 1) Keadaan umum baik : kesadaran compomentis
- 2) Kontraksi uterus baik (Bundar dank eras)
- 3) Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 60-80x/menit

Suhu : 36-37,5°C

Pernafasan : 16-24x/menit

- 4) Laktasi normal

Kolustrum merupakan cairan yang pertama kali keluar atau diproduksi oleh kelenjar payudara yang dihasilkan dalam waktu 24 jam setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan susu yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira pada hri ke 14 (Suherni, 2009:27).

- 5) Involusi uterus

Tabel 2.27

Involusi uterus normal pada masa nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Setinggi pusat
7 hari	Pertengahan pusat dan simfisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

(Sumber : Manuaba, 2010:200)

6) Lokea normal

Lokea rubra keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam. Lokea sanguinolenta pada hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Lokea alba keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan dan sedangkan lokea alba keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

Intervensi :

(a) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lokea

R/ : menilai status ibu untuk mencegah , mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ : menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap makanan atau minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi sebaiknya dilakukan setiap 2 jam sekali (Saifuddin, 2009:377).

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ : latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu baik secara fisiologis maupun psikologis (Mochtar, 2012).

(d) Beri konseling pada ibu tentang KB pascasalin.

R/ : untuk mengatur jarak kehamilan (Mochtar, 2012:89).

(e) Anjurkan pada ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/ : untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Kemungkinan masalah :

1. Masalah 1 : Retensio urine

Tujuan : Masalah ememinasi dapat teratasi

Kriteria : ibu bisa BAK dengan lancar

Intervensi Sulistyawati (2009:101) :

a) Jelaskan pada ibu untuk BAK sedini mungkin pasca persalinan

R/ : ibu mengetahui tentang pentingnya BAK pada masa nifas

- b) Anjurkan pada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ : menahan BAK dan menyebabkan retensi urin

- c) Anjurkan ibu untuk banyak mengonsumsi air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih serta makan sayur dan buah

R/ : air putih berfungsi untuk memperlancar kinerja sistem urinaria

2. Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi Sulistyawati (2009:101) :

- a) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB

- b) Yakinkan kepada pasien jika berjongkong dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/ menghilangkan rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB

- c) Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat

R/ membantu memperlancar BAB

3. Masalah 3 : Nyeri luka jahitan

Tujuan : Rasa nyeri dapat teratasi

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas

Intervensi menurut Sulistyawati, 2009: 134 :

- a) Observasi luka jahitan perenium

R/ : untuk mengkaji jahitan perenium dan kemungkinan adanya infeksi

- b) Ajarkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perenium dengan benar

R/ : ibu dapat melakukan perawatan perenium dengan benar dan dapat mencegah kemungkinan terjadinya infeksi

- c) Berikan analgesic oral (paracetamol 500mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ : untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu

4. Masalah 4 : After pain atau kram perut

Tujuan : masalah kram perut dapat teratasi atau berkurang

Kriteria : Rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang dan ibu dapat beraktivitas kembali

Intervensi menurut Suherni (2009,122-123) :

- a) Anjurkan pada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh atau terasa ingin BAK agar tidak terasa nyeri

R/ : Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada terjadinya kram perut

- b) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut

R/ : Posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri.

- c) Jika perlu berikan analgesic (paracetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ : unuk mengurangi nyeri yang dirasakan ibu

5. Masalah 5 : Bendungan ASI

Tujuan : setelah diberikan asuhan masalah bendungan dapat teratasi

Kriteria : bengkak pada payudara berkurang, kulit payudara tidak mengkilat, tidak merah dan tidak nyeri serta tidak terasa penuh dank eras

Intervensi Manuaba (2010:420) :

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering setiap 2 jam sekali

R/ : Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara

- b) Anjurkan pada ibu untuk menyusui secara bergantian di kedua payudara

R/ : Menyusui di salah satu payudara dapat menyebabkan payudara yg lain bengkak

- c) Lakukan perawatan payudara pasca persalinan

R/ : Yang bertujuan agar otot-otot payudara tegang dan tidak terjadi pembengkakan

- d) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara

R/ : Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bengkak dan nyeri pada payudara

- e) Anjurkan pada ibu untuk mengosongkan ASI dengan cara masase atau di pompa

R/ : pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan pada payudara.

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan

melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarka *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan kebidanan harusmendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien atau pasien
5. Menjaga privasi klien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumberdaya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai dengan standar
10. Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk

melihat keefektivitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan

Dengan Kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil anamnesa

A : adalah hasil analisa, mencatat seluruh perencanaan dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian data

A. Data subyektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205)

2) Keluhan utama

Keluhan yang pada bayi baru lahir adalah terjadi seborrhea, muntah gumoh, miliariasis, oral thrush (sariawan), diaper rash (Marmi, 2012:229)

3) Riwayat antenatal

Bidan mencatat umur ibu, menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan

ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney et al, 2007:916)

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin, dan rute kelahiran harus ditinjau ulang pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor resiko signifikan untuk para predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat, dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomalia neonatus (Walsh, 2012:368).

5) Riwayat postnatal

Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, latergi, aktivitas

menghisap yang buruk, ada tangisan yang abnormal
(Varney et all, 2007:917)

6) Pola kebiasaan sehari-hari

(a) Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Tafsiran selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kg/hari (Marmi, 2012:379). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 2.28

Kebutuhan cairan dan kalori pada neonatus

hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Ke-1	60 ml	40 kal
Ke-2	70 ml	50 kal
Ke-3	80 ml	60 kal
Ke-4	90 ml	70 kal
Ke-5	100 ml	80 kal
Ke-6	110 ml	90 kal
Ke-7	120 ml	100 kal
Ke- >8	150-200 ml	➤ 120 kal

(Sumber : Abdul bari, 2009:380)

(b) Eleminasi

Menurut Marmi (2012:314), pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Lalu hari ketiga sampai hari kelima kelahiran feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan (Fraser, 2009:711). BAK pada bayi biasanya terjadi 8 sampai 10 kali perhari (Walsh, 2012:378)

(c) Istirahat atau tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam perhari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan . jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012:81).

(d) Personal hygiene

Bayi ditunda dimandikan 4 sampai 6 jam setelah kelahiran, setelah bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentan untuk mongering. Mencuci rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu.

Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012:378). Perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum melakukan perawatan pada tali pusat

(Saifuddin, 2014:370).

(e) Aktivitas

Bayi yang normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki, dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut

(Saifuddin, 2014:137).

(f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik

(Saifuddin, 2009:369). Bayi baru lahir sadar terhadap

lingkungannya saat ia bangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser dan Cooper, 2009:712).

B. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan umum

Composmentis (kesadaran penuh dan respon cukup terhadap stimulasi yang diberikan). Apatis (acuh tak acuh terhadap sekitarnya), somnolen (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon terhadap rangsangan yang kuat), spoor (anak tidak memberikan respon terhadap rangsangan ringan maupun kuat), koma (anak tidak dapat merespon terhadap rangsangan apapun), delirium (tingkat kesadaran paling bawah) (Musliatun, 2010:174). Kesadaran perlu dikenali seperti reaksi pada rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009:137).

(b) Tanda-tanda vital

1. Suhu

Menurut Saifuddin (2014:138), suhu ubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak. Suhu bayi baru lahir dapat dikaji diberbagai tempat dengan jenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rectal atau aksila tetap dalam rentang 36,5-

37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam 36-36,5°C (Varney, 2008:882).

2. Pernafasan

Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hamper bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi.

Gerak pernafasan 30-50 kali permenit (Saifuddin, 2014:138).

3. Nadi

Frekuensi denyut jantung bayi 120-160 kali per menit ketika istirahat (Walsh, 2012:369). Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010:31). Bila lebih dari 160 kali per menit maka (takikardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipotermi. Bila kurang dari 100 kali per menit (Brakikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O₂ (Kumalasari, 2015:218).

4. APGAR SCORE

Keadaam umum bayi dinilai setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR SCORE. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau tidak.

- d. Nilai Apgar 7-10 : bayi normal
- e. Nilai Apgar 5-6 : bayi asfiksia ringan
- f. Nilai Apgar 0-3 : bayi asfiksia berat

(Prawirohardjo, 2009:379).

Tabel 2.29
Penilaian APGAR SCORE

Gejala	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	< 100x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, reflek baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber : (Manuaba, 2010:205)

(c) Antromometri

1. Berat badan

Berat badan harus dipantau setiap hari. Jika terjadi penurunan pada 3 hari pertama merupakan hal normal ini karena pengeluaran air kencing dan mekonium dan berat badan akan naik pada hari ke 4. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat

badan waktu lahir menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014:138).

2. Panjang badan

Panjang bayi baru lahir palingakurat diukur pada saat kepala bayi terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai bayi diluruskan dan kertas dimeja periksa diberi tanda. Setelah bayi dipindahkan, kemudian bidan dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney, 2008:921).

3. Ukuran kepala bayi baru lahir menurut Wiknjosastro (2007:119) ialah :

1. Diameter suboksipito-bregmatikus: 9,5 - 10 cm
2. Diameter oksiput-frontalis : 11 - 12 cm
3. Diameter oksipito metalis : 13,5 - 15 cm
4. Diameter submento-bregmatika : 9,5 – 10 cm
5. Diameter biparientali : 9,5 – 10 cm
6. Diameter bitemporalis : 8 – 10 cm
7. Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus:33-34 cm
8. Sirkumferensia submentoreghmatikus:32–33 cm
9. Sirkumferensia oksipito frontalis : 33 – 35 cm
10. Sirkumferensia mento-oksipito : 33 – 35,5 cm

11. Lingkar dada : 33 – 38 cm

12. Lingkar lengan : ± 11 cm

2) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Raba garis sepanjang sutura dan fontale untuk mengetahui ukuran dan tampilan normal. Sutura yang berjarak lebar mengidentifikasi bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Pemeriksaan adanya trauma kelahiran misalnya : caput suksedaneum (ciri-ciri : perabaan teraba lunak benjolan lunak, berbatas tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), sefal hematoma (ciri-ciri : teraba adanya fluktasi karena timbunan darah, biasanya tampak didaerah tulang pariental, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan subaponeoritik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan kelainan anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya (Marmi, 2012:56). Pemeriksaan ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput seccudanum, cephal hematoma, hidrosefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010:33).

Tabel 2.30
Perbedaan antara caput succedenum dan cephal
hematoma

Caput seccedenum	Sefal hematoma
1) Muncul pada saat lahir	1) Muncul beberapa jam setelah lahir
2) Tidak bertambah besar	2) Lebih besar hari ke-2 atau ke-3
3) Hilang dalam beberapa hari	3) hilang setelah 6 minggu
4) Batas tidak jelas	4) Batas tegas
5) Kadang-kadang melewati sutura	5) Tidak mpernah meleati sutura
6) Penyebab : bengkak melewati jaringan lunak	6) Penyebab : perdarahan subperiosteal
7) Komplikasi : tidak ada	7) Komplikasi : ikterus, fraktur, perdarahan intracranial, syok.

Sumber : (Maryunani, 2008: 89)

(b) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata terbuka. Periksa jumlah, posisi mata. Periksa adanya strambismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glukoma konginetal, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. periksa juga adanya trauma seperti perdarahan pada konjungtiva, selain itu periksa adanya sekret pada mata, konjuntivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57).

(c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cuup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm pemeriksaan adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

(d) Mulut

Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda, reflex menghisap dan menelan terkoordinasi (Fraser dan Cooper, 2009:711). Tidak ada sumbing(skizis), reflek menghisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan vistula atau atreksia trakeosofagus (Walsh, 2012:370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral trush (Marmi, 2012:211).

(e) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan dibagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:58).

(f) Dada

Pemeriksaan kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami

pneomotoraks, peresis diafragma atau hernia diafragma pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen akan bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah berbentuk baik dan simetris (Marmi, 2012:58).

(g) Abdomen

Perut harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2012:58).

(h) Punggung

Melihat adanya benjolan atau tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014:137). Punggung bayi harus diinpeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat

menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser et all, 2009:715).

(i) Genetalia

(a) Perempuan

Terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

(b) Laki-laki

Panjang penis bayi laki- laki 3 - 4 cm dan lebarnya 1 – 1,3 cm. periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Pemeriksaan adanya hipospadias dan epispadia (Marmi, 2012:59).

(j) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012:59).

(k) Ekstremitas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak, jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010:57).

3) Pemeriksaan neurologis

(a) Refelek berkedip (Glabella Reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan maka bayi akan mengedipkan mata, pada empat sampai lima ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

(b) Reflek menelan (Swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

(c) Reflek melangkah (Stepping reflex)

Bayi akan mengerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

(d) Reflek menghisap (Sucking Reflex)

Berikan puting susu menyentuh mulut bayi dan langit bagian dalam gusi atas maka akan timbul isapan yang kuat dan cepat (Marmi, 2012:70).

(e) Reflek mencari (Rotting Reflex)

Ketika pipi bayi disentuh bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70).

(f) Reflek terkejut (Moro Reflex)

Ketika bayi dikagetkan maka bayi akan kaget dan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan abduksi yang lebih lambat yang kemudian timbul dengan abduksi. Reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum.

(Marmi, 2012:71).

(g) Reflek menoleh (tonic neck reflex)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila arah bayi ditolehkan pada satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72).

(h) Reflek babinski

Goreskan telapak kaki dimulai dari tumit gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari

sepanjang telapak kaki ketika telapak kaki bayi tergores bayi akan menunjukkan respon berupa jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:71).

(i) Reflek menggenggam (Grapping reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah obyek misalnya jari respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012:71).

(j) Reflex ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah pada kondisi normal, lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2012:72).

(k) reflek galanfs

Dengan cara menggores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong pada kondisi normal. Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dijumpai pada usia 4 -8 minggu (Hidayat, 2008:70).

(l) Reflek merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dari kaki bila di letakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012:72).

4) Pemeriksaan penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari, 2010:56).

C. Diagnosis Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2012:207-229).

D. Perencanaan

Diagnose : Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterine ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria : 1) keadaan umum baik dan TTV

S : 36,5 – 37,5°C

N : 120-160x/menit

RR : 40 – 60x/menit

2) bayi menyusu kuat

3) bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut marmi (2012: 87-88) adalah :

1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/ : Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008:130).

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ : tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam sekali

R/ : isi lambung pada bayi sangat terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/ : Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, merespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik

R/ : Suhu normal bayi adalah 36,5 – 37,5°C. suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ : Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008:129).

Masalah potensial :

1. Masalah 1 : hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : a) suhu bayi 36,5 – 37,5°C dan tanda
b) tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009).

Intervensi menurut Marmi (2012:302) :

a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan peraksila atau kulit

R/ : Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin

b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ : Selain sebagai gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ : Bayi dapat menghilangkan panas melalui evaporasi.

2. Masalah 2 : Seborrhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea

Kriteria : a) tidak timbul ruam tebal berkerompeng
berwarna kuning di kulit kepala

b) kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223).

a) Cuci kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna

R/ : Shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

b) Oleskan krim hydrocortisone

R/ : Krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe

c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan

R/ : Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas

d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk

R/ : Penatalaksanaan lebih lanjut

3. Masalah 3 : muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah s=minum serta bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

a) Sendawakan bayi selesai menyusui

R/ : bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis

R/ : mengurangi masuknya udara yang berlebihan

4. Masalah 4 : oral trush

Tujuan : oral trush tidak terjadi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:211) :

a) Bersihkan mulut bayi setelah menyusu menggunakan air matang

R/ : Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral trush

b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan

R/ : Mematikan kuman dengan suhu tertentu

- c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui

R/ : mencegah timbulnya oral trush

5. Masalah 5 : diaper rash

Tujuan : tidak terjadi diaper rash

Kriteria : tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012:215) :

- a) Perhatikan daya tamung dari popok, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

R/ : Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi

- b) Hindari pemakaian popok yang terlalu sering. Gubakan popok disaat mendesak atau dibutuhkan

R/ : Mencegah timbulnya diaper rash

- c) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ : Kuli tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit

- d) Bersihkan daerah genetalia dan anus bula bayi BAB atau BAK, jangan sampai ada bekas kotoran atau urin di kulit bayi

R/ : Kotoran dan cairan yang bercampur akan menghasilkan zat yang dapat menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran

6. Masalah 6 : Hipoglikemi

Tujuan : hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria : a) kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dl
b) tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernafasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi menurut Marmi(2012:306) :

a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko
R/ : Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk beresiko mengalami hipoglikemia

b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran

R/ : Bayi yang beresiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ : Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

- d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang beresiko hipoglikemia

R/ : Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia

- e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat

R/ : Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

7. Masalah 7 : ikterik fisiologis

Tujuan : ikterik tidak terjadi

Kriteria : kadar bilirubin serum < 12,9 mg/dl dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin, muncul pada hari ke 2 dan ke 3

Intervensi menurut Marmi (2012: 229):

- a) Mengkaji faktor-faktor resiko

R/ : riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik

tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

R/ : Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (Kern ikterus)

c) Berikan ASI sesegara mungkin dan lanjutkan setiap 2-3 jam sekali

R/ : mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:943)

d) Jemur bayi dibawah sinar matahari pagi antara jam 7-9 selama 10 menit

R/ : Menjemur bayi di matahari pagi sekitar jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

8. Masalah 8 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut Marmi (2012: 229):

a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ : Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ : Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih dahulu.

R/ : Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ : Bahan katun dapat menyerap keringat.

e) Bawa pemeriksaan ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

9. Masalah 9 : Oral thrush

Tujuan : Oral thrush tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012: 211) :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ : Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

- b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ : Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

- c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ : mencegah timbulnya oral trush.

f) Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psikososial-spiritual-kultural.

- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform konsen).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip mencegah infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumbernya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standart.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

g) Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektivitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan Kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asihan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan didokumentasikan
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien

h) Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut :

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang telah tersedia.

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat seluruh perencanaan dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu : asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada persalinan, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan

kebidanan pada bayi baru lahir dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian data

A. Data subyektif

1) Identitas

(a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu menggunakan nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2010:131).

(b) Umur

Wanita dengan usia kurang dari 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia lebih dari 35 tahun digunakan untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2010:09).

(c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien agar mempermudah petugas kesehatan dalam memberikan pengarahannya dan bimbingan pasien saat berdoa (Ambarwati, 2010:132).

(d) Pendidikan

Semakin rendah pendidikan masyarakat maka semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu : MOW atau MOP, suntikan KB, KB susuk, AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) (Manuaba, 2012:593).

(e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak dapat diduga (Mochtar, 2011:194).

(f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah petugas saat kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010:132).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2010:09) yaitu :

(a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan

(b) Usia lebih dari 35 tahun tidak ingin hamil lagi

(Affandi, 2012:09).

3) Riwayat kebidanan

(a) Haid

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu menandakan ibu sudah mulai subur kembali dan harus

segera menggunakan metode KB yang lainnya (Saifuddin, 2010:54). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598). Bila menyusui anatar 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implant dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari saja (Affandi, 2012:MK-68).

(b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:U-52). Pasien yang selama 3 bulan terakhir mengalami atau sering menderita abortus septic tidak dapat menggunakan kontrasepsi IUD.

4) Riwayat kesehatan

- (a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat

kanker payudara, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Affandi, 2012:MK-45).

(b) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:U-52)

(c) Metode implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $<180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit (Affandi, 2012:MK:66).

5) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, iud) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014:168). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:209).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

(a) Nutrisi

DPMA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang dapat menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:171).

(b) Istirahat atau tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut seperti : mual, pusing, sakit kepala (Saiffudin, 2010:MK-35).

(c) Eleminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kemih karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

(d) Personal hygiene

Personal hygiene dapat memengaruhi kesehatan ibu. Hal yang dapat dilakukan dalam perawatan kebersihan diri yaitu: mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, kebersihan kuku (Saiffudin, 2010:MK-42).

(e) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saiffudin, 2010:MK-42).

(f) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke, dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:123). Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat epilepsi tidak boelh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:MK-55).

B. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122), mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan criteria :

1. Baik

Pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

2. Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain

(b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari

keadaan composmentis (kesadaran penuh) sampai coma (pasien tidak sadar sama sekali)

(Sulistyawati, 2010:122).

(c) Tanda-tanda vital

Metode pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser et all, 2009:657).

(d) Pemeriksaa antropometri

1. Berat badan

Permasalahn berat bdn merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42). Umumnya penambahan beratbadan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg dampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171)

2) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri

pada sinus frontal dan maksil (Varney. 2008:35) sarta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008: 30)

(b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihandi daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:MK-50)

(c) Mata

Penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:MK-52). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012:MK-75).

(d) Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat polip atau tidak (Varney, 2007:78)

(e) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

(f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174).

(g) Leher

Leher normal tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada pembengkakan limfe dan tidak ada bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

(h) Aksila

Normal jika tidak ada nyeri tekan, tidak pemebesaran nodus limfe, dan tidak ada benjolan abrnomal (Romauli, 2011:178).

(i) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

(j) Payudara

Terdapat benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-55). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010:55). Kontrasepsi suntikan menambah risiko terjadinya karsinoma seperti

karsinoma payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2012:164).

(k) Abdomen

Peringatan khusus untuk pengguna implant bila disertai dengan nyeri perut yang hebat pada bagian bawah kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saiffudin, 2010:MK-58).

(l) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan bercak (Amenore) (Hartanto, 2012:170). Efek samping yang terjadi untuk penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan terjadi komplikasi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:MK-75).

(m) Ekstremitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77). Pada penggunaan implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo

dan bimanual untuk penapisan sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

2. Pemeriksaan Bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk memastikan gerakan serviks bebas, menentukan besar dan posisi uterus, memastikan tidak ada tanda kehamilan dan untuk memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa (Affandi, 2012:MK-66).

2. Diagnose kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat . dengan kriteria yaitu :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi

- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

Diagnose : PAPIAH usia 15-49 tahun, usia anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, prognosa baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorrhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam (Saifuddin, 2010:MK-76).

3. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI : Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien/pasien atau keluarga
- c. Mempertimbangan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, usia anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan :

- a. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
- b. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya

Kriteria :

- a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- b. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai
- c. Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-3 – U-4) :

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan

R/ : Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ : Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi

R/ : Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- d) Bantulah klien menentukan pilihannya

R/ : klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya

- e) Diskusikan pilihan dengan klien

R/ : Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan kita

- f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

R/ : penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut

- g) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ : Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

Masalah potensial :

1. Masalah 1 : Amenorrhea

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Saifuddin (2010: MK-47) :

a) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea

R/ : Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ : ibu dapat merasa tenang dengan kondisinya

c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk

R/ : penggunaan KB pada kehamilan dapat memengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB.

2. Masalah 2 : Perdarahan bercak atau spotting

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan kondisinya

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak atau spotting berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010: MK-47) :

- a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/ : klien dapat mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak atau spotting.

- b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan lagi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

3. Masalah 3 : Pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

Kriteria : tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010: MK-33) :

- a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ : Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

- b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ : Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

- c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ : Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri

4. Masalah 4 : Kenaikan berat badan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badannya

Kriteria : Keluhan ibu dengan masalah berat badan berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010: MK-79) :

a) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB

R/ : Akseptor akan mengerti dengan efek samping dari penggunaan KB

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *Evidence Based* kepada pasien, dalam bentuk upaya promote, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (Inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *Evidence Based*

- d. Melibatkan klien/ pasien
- e. Menjaga privacy klien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan pasien. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia

b. Ditulis dalam bentuk catatan berkembang SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan